

DE

LA SCOLIOSE

AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

PAR

Le Docteur René PATAY

Ancien externe des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique,
Moniteur à la Clinique d'Accouchement et de Gynécologie
de la Faculté.



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est un devoir bien doux : celui de remercier nos Maîtres, de nous avoir, par leur enseignement, leurs conseils, leur bienveillance, permis d'arriver à ce titre de docteur qui était celui de notre *Père* bien aimé, trop tôt enlevé hélas ! d'un *Grand-Père* ravi encore plus jeune à l'affection des siens par la fièvre typhoïde, d'*arrière-Grands-Pères* dont nous avons si souvent entendu parler et dont les diplômes nous étaient montrés en exemple dès notre enfance.

Nos premiers pas dans la carrière, nous les avons faits naturellement avant la Faculté, à l'hôpital général d'Orléans, dans le service confié à notre *Père*, et sous sa direction ; plus tard à l'Hôtel-Dieu.

A Paris, nos débuts chirurgicaux furent dirigés dans le service du Dr Théophile Anger, alors chirurgien de l'hôpital Cochin, par notre compatriote et ami, son interne, Chipault. Nous remercions l'un et l'autre de nous avoir, dès ce moment, fait prendre de bonnes habitudes chirurgicales et d'avoir excusé les fautes du débutant.

M. le professeur agrégé Polaillon, alors chirurgien de l'hôpital de la Piété, nous reçut au sortir du régiment et nous garda dans son service pendant notre deuxième année et le commencement de la troisième. Nous ne saurions assez lui dire notre reconnaissance pour ce qu'il nous a appris et aussi pour avoir bien voulu, en toute occasion, reporter sur le fils l'affection qu'il avait pour le père.

M. le Dr Muselier, médecin de la Piété, nous accepta en-

suite comme externe, c'est sous sa direction et sous celle de son interne, M. le Dr Bureau, aujourd'hui médecin des hôpitaux de Nantes, que nous nous perfectionnâmes dans le diagnostic médical. Nous les en remercions sincèrement.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin, que la mort a ravi hier à l'affection des siens et de tous ses élèves, nous inculqua, pendant notre deuxième année d'externat, de saines notions de thérapeutique tant au lit des malades que dans ses leçons à l'amphithéâtre, et nous garderons et consulterons souvent les notes prises cette année là, aussi bien à son cours qu'à celui de M. Mathieu, médecin des hôpitaux, son remplaçant de quelques mois ; de M. Le Gendre, médecin des hôpitaux, et de MM. Dubief et Bardet.

Nous les remercions tous de ce qu'ils nous ont appris.

M. le Dr Hirschfeld voulut bien aussi nous initier à la laryngologie et nous manifester sa confiance, nous le remercions aussi.

M. le Dr Despagnet, l'oculiste distingué, dont nous avons quelques mois suivi les consultations et les leçons à la Clinique, le cours libre à la Faculté, nous permettra aussi de lui adresser nos remerciements.

M. le professeur agrégé Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin, nous reçut dans son service pendant notre troisième année d'externat. Opérateur habile, auteur distingué, appliquant devant ses élèves ce qu'il écrivait, nous l'avons vu édifier à l'hôpital Cochin un service modèle et l'inaugurer non seulement par des leçons magistrales, mais aussi par des opérations remarquables.

Nous lui devons donc beaucoup et l'en remercions vivement.

M. le Dr Rochard, chirurgien des hôpitaux, près duquel nous avons rempli les fonctions d'interne provisoire pendant

les vacances de 1893, nous permettra de lui dire combien il nous a été utile en nous faisant goûter à la haute chirurgie et combien la confiance que lui et M. le Dr Rieffel nous montraient, nous honorait et nous servait.

M. le professeur Tarnier nous accorda l'entrée de sa Clinique comme bénévole, puis comme stagiaire, il nous fit tant aimer l'obstétrique que nous songeâmes dès lors à briguer dans son service une place de moniteur, à laquelle il nous fit plus tard l'honneur de nous nommer.

Il nous fait encore l'extrême honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous avons donc un lourd tribut de reconnaissance envers lui et nous ne savons comment le lui exprimer.

M. le professeur agrégé Budin, maintenant accoucheur en chef de la Maternité, dont nous suivîmes le service pendant quelques mois à la Charité, sut nous captiver par son enseignement clair, par ses leçons remarquables et aussi par les conseils si utiles qu'il sait donner aux mères pour les nouveau-nés auxquels il s'intéresse de si touchante façon. Tous nos remerciements lui sont acquis.

Nous sommes heureux d'avoir pu profiter de l'enseignement de MM. les professeurs agrégés Maygrier et Bar qui firent, ces vacances dernières, le service à la Clinique.

M. le Dr Sevestre nous permettra de le remercier de nous avoir admis dans son service à l'hôpital Trousseau et permis de suivre ses leçons.

M. le professeur agrégé Kirmisson, chirurgien des Enfants-Assistés, dont nous suivons le service, les consultations et les leçons aussi souvent qu'il nous est possible, a droit à nos plus vifs remerciements pour la façon dont il nous accueille et pour les conseils qu'il nous prodigue.

INTRODUCTION

En lisant l'article *Scoliose* du « *Traité de chirurgie* » paru sous la signature si autorisée de M. le professeur agrégé Kirmisson, chirurgien des Enfants-Assistés, notre Maître, on voit (page 788, tome III) que :

« Les déviations ou courbures latérales du rachis auxquelles on donne le nom de *scoliose*, constituent l'une des difformités les plus fréquentes dont l'orthopédie doive s'occuper.

Pour en donner une idée, nous citerons ici quelques chiffres empruntés à l'*Orthopédie* de Schreiber.

Berend a trouvé, sur 3.000 cas d'orthopédie, 900 scolioses.

Langgard compte 700 scolioses, Schilling compte 600 scolioses, sur un total de 1.000 difformités.

Drachman en examinant 28.125 enfants fréquentant l'école en a trouvé 1,3 pour 100 qui étaient atteints de scoliose. »

Et plus loin, page 797 :

« La scoliose essentielle aux adolescents se voit le plus souvent dans le sexe féminin, de là la prédominence du sexe féminin dans toutes les statistiques générales relatives à la scoliose.

Sur 200 cas de scoliose B. Roth en compte 183 chez la femme.

Kestch : 189 sur 229 scoliotiques.

Sur un total de 721 scolioses analysées par Kœlliker, 577 ont été observées chez des femmes et 144 seulement chez des hommes. »

Nous empruntons encore à M. Kirmisson une partie de ce qu'il dit de la *scoliose* dans le *Compte-rendu du service chirurgical et orthopédique des Enfants-Assistés du 1er décembre 1893 au 1er décembre 1894*, compte-rendu paru dans la *Revue d'Orthopédie*, n° 1, de 1895 et dont il a bien voulu nous donner un extrait.

« Scolioses : Les scolioses qui se sont présentées à notre examen ont été au nombre de 128, parmi lesquelles 98 ont été observées chez des filles et 30 chez des garçons. Il est remarquable de voir que la proportion reste presque toujours la même entre les deux sexes :

En 1892, en effet, nous avions observé 141 scolioses dont 109 chez des filles et 32 chez des garçons, et en 1873, 156 scolioses dont 125 chez des filles et 31 seulement chez des garçons. »

Il nous a donc semblé d'un grand intérêt de rechercher quelle était l'influence de la scoliose au point de vue purement obstétrical aussi bien par rapport au bassin et à l'accouchement que par rapport à la marche de la grossesse chez des femmes au corps naturellement rapetissé.

Ayant pu, au cours de nos fonctions de Moniteur à la Clinique d'accouchement, voir et suivre un certain nombre de femmes scoliotiques ou cypho-scoliotiques pendant leur grossesse et leur accouchement, nous avons pensé à faire de la *scoliose au point de vue obstétrical* le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous devons ici particulièrement remercier M. le Dr Démelin, chef de Clinique obstétricale à la Faculté, de nous avoir encouragé et soutenu de ses conseils. Il nous a toujours montré sa confiance et son amitié et nous lui en gardons une profonde reconnaissance.

Nous avons pu rechercher les cas de scoliose chez la femme enceinte :

A la Clinique, dans les bulletins et observations de 1834 à nos jours.

A la Maternité, grâce à l'extrême obligeance de Madame Henry, sage-femme en chef, qui nous a fort aimablement favorisé les recherches dans les nombreux registres de cette maison d'accouchement.

A l'hôpital St-Louis où M. Bar, professeur agrégé, a mis à notre disposition les feuilles et observations des femmes accouchées à la Maternité de cet hôpital et aussi de celles accouchées à la Maternité de Tenon, lorsqu'il en était chargé.

A la Pitié où M. Maygrier, professeur agrégé, nous a permis de compulser les registres du service qu'il y a fondé.

A l'hôpital Tenon où M. Champetier de Ribes nous a autorisé à reproduire les observations qui nous intéressaient.

Nos recherches anatomiques ont porté successivement sur les squelettes et bassins des Musées : de la Clinique, de la Maternité, de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux et du Musée Dupuytren.

Nous remercions sincèrement tous ceux qui ont contribué à favoriser ces recherches.

Monsieur le Dr Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, nous a accueilli avec une grande amabilité, il a bien voulu nous faire le grand honneur de nous confier des extraits de l'article : *Bassins* qu'il rédige pour le *Traité de l'art des accouchements*

en cours de publication sous la direction de MM. Tarnier et Budin. Il nous a de plus autorisé à reproduire une des principales figures (Bassin du Musée Dupuytren, N° 496 B).

Nous lui adressons tous nos remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Bibliographie. Historique.

L'ouvrage le plus complet qui ait paru jusqu'ici sur le sujet qui nous intéresse est le travail de Léopold, privatdocent de gynécologie à l'Université de Leipzig, travail paru en 1879 sous le titre de : « *Bassins rachitiques, scoliotiques et cyphoscoliotiques* » nous lui ferons de fréquents emprunts, car nous ne pouvons avoir la prétention de faire mieux, mais seulement de faire connaître les ressources de nos Musées et de nos cliniques et d'exposer les conclusions que cet examen nous a permis de tirer.

L'historique de la question est tout entier dans Léopold, au moins jusqu'à l'année 1879.

Il nous apprend : qu'à part une courte notice de Stein jeune (1805), Jörg (1816) est le premier qui se soit occupé sérieusement de l'influence de la scoliose sur le bassin ; puis, viennent les observations bien plus importantes de Rokitansky (1839), Höhl en 1852, n'attribue pas à la déviation de la colonne vertébrale une influence prépondérante sur la forme du bassin. Il veut au contraire voir dans la déformation produite, le résultat d'un état primitif du sacrum. Immédiatement après les recherches de Höhl parut un traité de Hayn (1852) qui conseille d'étudier l'influence de la scoliose sur des bassins d'individus de 14 à 15 ans; il dit que les bassins

scoliotiques rachitiques n'appartiennent pas à la même catégorie que les bassins obliques-ovalaires.

Un an après les travaux de Höhl et de Hayn parut la monographie de Litzmann sur les bassins obliques-ovalaires (1853), il indique les torsions de la colonne vertébrale comme un fait particulièrement important parmi les causes de cette forme de bassin.

Trois ans après, Rokitansky (1856), dans la 3e édition de son *Manuel d'anatomie pathologique*, résume ses observations communiquées auparavant sur le bassin scoliotique, mais il y ajoute quelques exceptions qui élargissent la connaissance des formes de bassins en question.

Litzmann, dans son ouvrage classique paru en 1861, n'explique pas ces exceptions.

Breisky, en 1865, développa par son travail sur l'influence de la cyphose sur la forme du bassin, ce que l'on savait déjà depuis plusieurs années, grâce à Herbiniaux, Förg et Rokitansky. Breisky effleura la question du bassin cypho-scoliotique, il dit surtout que si la scolio-cyphose est d'origine rachitique, il arrive que le promontoire remonte en haut et en arrière, que la conjugata vera est agrandie et que le diamètre droit du détroit inférieur est diminué.

De Scanzoni, dans la 4e édition de son *Manuel d'accouchement* (1867) parle avec détails et décrit le bassin scoliotique rachitique. Schröder le premier, montre dans son *Manuel d'accouchement*, le bassin rachitique cypho-scoliotique et il dit que l'attention n'a pas été dirigée encore sur cette modification du bassin rachitique. Un travail de König (1876) montre deux bassins de femmes vivantes et 4 pièces anatomiques, mais en parle trop brièvement.

En France, dès 1858, Bouvier, dans ses *Leçons cliniques sur la Scoliose* (p. 404 et suivantes), parle de son influence

sur le bassin, non seulement dans les cas de rachitisme marqué, mais aussi dans ceux où la scoliose se développe tard ou accidentellement.

« Mais avec l'âge, la scoliose spontanée ou accidentelle elle-même, s'accompagne de changements ordinairement peu considérables dans la configuration du bassin. La ceinture osseuse formée par les trois os offre assez souvent chez les sujets âgés un resserrement antéro-postérieur du détroit supérieur, qui peut leur faire perdre dans ce sens 1 ou 2 cent. Ce resserrement est plus prononcé d'un côté que de l'autre, le côté le plus rétréci est celui de la courbure lombaire...

D'autres fois il paraît dépendre de la courbure dorsale et siège de ce côté. »

Cazeaux revu par Tarnier (1874, p. 649), ne parle qu'en général des inflexions de la colonne vertébrale et de leur influence sur le bassin.

L'article de Bouvier et Bouland du *Dictionnaire Dechambre* (3e série, tome 1er p. 568), reproduit les idées de Bouvier et parle de l'influence mécanique de la scoliose sur le bassin.

La thèse de Choisil (1878) sur les vices de conformation du bassin étudiés au point de vue du rétrécissement du diamètre transverse du détroit supérieur, ne touche la scoliose qu'en passant et impersonnellement.

La thèse d'agrégation d'Hirigoyen (1880) reproduit les idées de Léopold, l'ampleur du sujet « de l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin » et le peu de temps qu'il avait à y consacrer n'a pas permis à son auteur de s'étendre longuement sur la scoliose et d'en rechercher tous les exemples.

Charpentier, dans son ouvrage classique (1883, tome II)

décrit deux sortes de scoliose (rachitique et non rachitique) et s'appuie aussi beaucoup sur Léopold.

Schauta dans le *Traité d'accouchement de* Müller (t. II), p. 437 à 447 emprunte aussi à Léopold ses idées et ses schémas.

M. Le Gendre dans son article rachitisme du *Traité de Médecine*, tome I, p. 326 (1891) donne les idées de Léopold sur les bassins scolio et cypho-scoliotiques rachitiques.

Les orthopédistes qui ont surtout l'occasion de voir de jeunes enfants ou des jeunes filles qu'ils ne peuvent toujours suivre ou examiner à fond ne se sont point étendus sur la question au point de vue du bassin.

M. Kirmisson, dans son article si intéressant sur la scoliose, ne parle que peu du bassin.

Bradford et Lovett (New-York 1890, p. 139), disent seulement : « le bassin n'est pas déformé dans les cas de scoliose, sauf lorsque le rachitisme est général ». Ils donnent de plus des figures des bassins déformés par la scoliose.

Auvard, dans son *Traité pratique d'accouchement*, p. 435, (1891) propose d'appeler le bassin scoliotique « pseudo oblique ovalaire », il considère un bassin scoliotique rachitique et un bassin scoliotique non rachitique.

Pour le bassin cypho-scoliotique il dit :

« La cyphose et la scoliose combinant leur action créent un bassin en entonnoir et qui de plus est asymétrique ».

MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage dans leur *Précis d'obstétrique* (1893, p. 957), reconnaissent une scoliose sans rachitisme à membres longs et à bassin peu touché « si la déviation scoliotique est suffisamment compensée par une scoliose de sens inverse, le poids du corps est régulièrement transmis, le bassin est normal ».

Pour le bassin cypho-scolio-rachitique, ils concluent : « Ce que l'on peut dire d'une manière générale, c'est que le bassin est plus ou moins vicié et surtout irrégulier ».

CHAPITRE II

Origine de la Scoliose.

Parler de l'origine de la scoliose semble au premier abord sortir de notre sujet, il n'en est rien cependant, puisque ce qui se dégage de nos recherches anatomiques et cliniques au point de vue de cette origine intéresse au plus haut point l'obstétrique.

En effet, tous les squelettes et bassins que nous avons passés en revue, toutes les observations prises avec détails nous amènent à penser que *la scoliose, aussi bien celle qui se développe dans les 5 premières années que celle qui apparaît plus tard de 7 à 12 ans, ont la même origine* qui est *le rachitisme.*

Évidemment, cette idée n'est pas nouvelle, on attribuait tout au rachitisme jadis, aussi bien la cyphose que la scoliose; mais plus récemment, dans la *Revue d'Orthopédie* (1890), M. Kirmisson considère certaines scolioses des adolescents comme une manifestation tardive du rachitisme vertébral.

Dans le compte-rendu de son service pour l'année 1894 dont nous parlions plus haut, il dit encore (à propos de l'observation d'un jeune homme de 19 ans chez lequel la scoliose s'est développée à 13 ans et qui porte de plus un double pied plat et un double *genu recurvatum* extrêmement marqué):

« *Je ne me lasse pas de signaler les faits qui démontrent la nature rachitique de la scoliose des adolescents.* »

Si cette origine de la scoliose tardive n'est pas démontrée histologiquement comme pour le genu valgum par exemple, ce n'est peut-être que parce que l'occasion manque. Mais, et nous y insistons volontairement, on verra par nos observations que dans tous nos cas de scoliose, le bassin est touché au détroit supérieur d'avant en arrière (souvent même dans les cas de cypho-scoliose).

De plus, nous avons trouvé sur tous les squelettes des scoliotiques que nous avons examinés, des marques extérieures bien évidentes de rachitisme ; nous laissons de côté ceux où tous les os sont déformés de façon manifeste, où les membres supérieurs sont tordus, fracturés, où les membres inférieurs s'entrecroisent en X ou forment des courbures énormes, mais nous insistons sur l'aspect extérieur de ces squelettes à membres longs et droits, non déformés, ou si peu qu'il devait être bien difficile de s'en rendre compte lorsque des muscles les recouvraient. Toujours nous avons trouvé ces os grêles, translucides, avec des épiphyses exagérées de volume, les ailes iliaques minces, si minces qu'elles en étaient transparentes, ou bien arrivées à la période de réossification.

Les scolioses symptomatiques dont nous n'avons qu'un exemple (bassin de l'observation à la suite d'une sciatique) ne sauraient naturellement tirer leur origine du rachitisme : elles sont cicatricielles, pleurétiques, dues à des néphrites, etc., de même celles qui naissent par assimilation à cause d'un membre inférieur trop court par exemple, mais nous croyons que toutes celles dont on recherche en vain l'origine (et elles sont légion) sont dues au rachitisme. Si les travaux des orthopédistes le démontraient de façon formelle, cela serait pour les accoucheurs d'importance extrême de savoir que chez

les scoliotiques le bassin est à la fois déformé par le rachitisme et par la scoliose.

Nous aurons donc seulement en vue la scoliose rachitique, puisque nous n'avons pu observer que celle-là, et décrirons le bassin scoliotique rachitique, d'abord sur les pièces où le rachitisme avait été très marqué et avait déformé tous les os, puis sur celles où il avait été moins sévère et n'avait frappé que le rachis et le bassin. Nous parlerons ensuite du bassin cypho-scoliotique.

Nous étudierons alors la marche de la grossesse et de l'accouchement chez les scoliotiques et cyphoscoliotiques et terminerons par quelques appréciations sur le diagnostic, le pronostic et le choix de l'intervention chez ces femmes.

Nous empruntons à l'article « *Bassins* » de M. Bonnaire (1) qui, nous l'avons dit, nous a fait le grand honneur de nous y autoriser, *les lois* qui président à la déformation du bassin par suite de déviations de la colonne vertébrale.

Les conditions qui président à l'établissement de la compensation au-dessus du bassin dépendent de quatre éléments qui sont :

1° La hauteur à laquelle siège la déviation primitive du bassin.

2° Le rayon de sa courbure.

3° La nature de la lésion qui lui a donné naissance.

4° L'âge auquel elle est survenue.

1° Hauteur de la déviation au-dessus du bassin. — Plus la courbure initiale se trouve haut située sur le rachis, moins elle offre de retentissement sur le bassin ; la compensation

(1) Tarnier et Budin. *Traité d'accouchement*, tome III (sous presse).

trouve en effet d'autant plus de facilités pour s'établir de façon parfaite, sans comprendre le squelette pelvien dans sa courbure, que le nombre des vertèbres interposées entre le sacrum et le foyer de la déviation initiale se trouve plus grand.

2° Rayon de courbure. — Les déviations dont la courbure offre un grand rayon se compensent plus facilement que les inflexions à angle aigu ou celles qui ne comportent qu'un petit rayon. En effet, toutes choses égales d'ailleurs, plus la ligne de gravité se trouve brusquement déjetée en dehors de la normale, plus la courbure de compensation destinée à rétablir l'équilibre doit être accusée.

Il n'existe donc pas de relation proportionnelle entre le volume des gibbosités et le degré de déformation du bassin.

3° Nature de l'affection qui a déterminé l'incurvation. — Les causes communes des déviations rachidiennes primitives sont : le rachitisme, la paralysie ou la contracture des divers groupes musculaires occupant les gouttières vertébrales, le mal de Pott, les attitudes vicieuses de l'adolescence ou de nature professionnelle, l'ostéomalacie, les fractures. En conséquence de l'influence exercée par la longueur ou la brièveté du rayon de la courbure initiale, on comprend que la tuberculose, par exemple, en entraînant une fonte osseuse localisée à 1 ou 2 corps vertébraux seulement, détermine une coudure du rachis très brusque et très aiguë et que cette coudure exige pour se compenser une incurvation beaucoup plus étendue des segments vertébraux sous jacents que celle qui dépend d'une difformité primitive et se présente sous la forme d'une voussure à grand arc.

La déviation rachidienne peut tirer son origine d'une alté-

ration généralisée de tout l'appareil osseux (rachitisme ou ostéomalacie), alors l'affection qui déforme l'ensemble des vertèbres influe directement sur les parois pelviennes de la même manière que sur tous les autres segments du squelette, mais son mode de retentissement se montre entièrement différent selon que la courbure vertébrale est orientée de façon à ajouter ses effets déformateurs sur le bassin à ceux que celui-ci a déjà subi du fait de la dystrophie osseuse généralisée (scolio-rachitique) ou selon qu'elle exerce des effets antagonistes de ceux que la dyscrasie osseuse tend à apporter par elle-même sur le bassin (cyphose rachitique).

4° Age auquel apparait la déviation. — Les déformations vertébrales peuvent se développer avant que le bassin ait achevé son évolution de forme ou ne survenir qu'à l'âge adulte.

La plupart des incurvations du tronc apparaissent dans l'enfance ou dans l'adolescence, c'est en effet à ces périodes de la vie que se développent plus particulièrement les maladies qui tiennent les gibbosités sous leur dépendance : le rachitisme, les paralysies spinales, le mal de Pott.

Les vertèbres non encore solidifiées demeurent dans une certaine mesure malléables chez l'enfant et l'adolescent, aussi se dévient-elles chez lui plus facilement que chez l'adulte. Il en est de même pour les os du bassin. Si la plupart du temps chez les femmes contrefaites ce sont les difformités rachidiennes qui entraînent à leur suite les viciations pelviennes, il peut arriver cependant que ce soit une malformation originelle du bassin qui donne naissance à une disposition irrégulière de la colonne vertébrale.

De même les malformations des membres inférieurs sont susceptibles de retentir par l'intermédiaire du bassin, sur la direction générale du rachis, en effet, l'inégalité de longueur

des membres pelviens entraîne un changement d'inclinaison du bassin et une déviation du centre de gravité. Pour ramener ce dernier dans la normale, le rachis doit s'incurver et décrire soit une lordose, soit une scoliose de compensation, le genre de déviations vertébrales produites par la claudication consiste dans la production de courbures dites d'attitude ; celles-ci ne s'observent que dans la station verticale et disparaissent dans le décubitus dorsal, toutefois, avec les progrès de l'âge, les vertèbres trop longtemps soumises à la courbure d'attitude finissent par subir des déformations anatomiques de nature à la fois plastique et trophique qui transforment en incurvations persistantes les courbures primitivement réductibles. »

CHAPITRE III

Bassin scoliotique.

Nous nous appuierons pour décrire le bassin scoliotique sur les bassins des squelettes entiers que nous avons pu examiner et dont on pourra consulter les observations à la fin de notre thèse.

Tous ces squelettes ont les membres inférieurs égaux. Nous avons mis à part ceux qui présentaient une différence de longueur, même minime, entre leurs membres inférieurs.

Nous avons rangé les squelettes purement scoliotiques en plusieurs catégories.

La première comprend les squelettes dont tous les os ont été très déformés par le rachitisme, ils sont au nombre de onze :

Huit à scoliose dorsale à convexité droite et à scoliose lombaire à convexité gauche.

Trois présentant la disposition inverse.

La deuxième catégorie comprend les squelettes peu touchés par le rachitisme, ils sont au nombre de cinq :

Quatre à scoliose dorsale à convexité droite, et à scoliose lombaire à convexité gauche.

Un présentant la disposition inverse.

Cela nous fait donc seize squelettes purement scoliotiques ; nous avons de plus étudié trente-six bassins ou portions de

squelettes avec bassins, mais nous ne nous en servirons que pour les grands traits du bassin scoliotique (les observations en sont numérotées de 16 à 52.)

C'est à dessein que nous laissons également de côté pour cette description toutes nos observations cliniques dont quelques-unes sont pourtant très probantes, ne voulant point laisser subsister de doute et permettre au lecteur de pouvoir mettre en main et examiner en détail les pièces dont nous parlons et sur lesquelles nous nous appuierons.

Nous n'insisterons point sur les bassins et squelettes d'enfants ainsi que conseille de le faire Léopold, parce que ceux que nous avons pu voir étaient trop déformés par le rachitisme pour que l'on puisse suffisamment isoler la déformation produite par la scoliose.

Nous prendrons pour exemple du bassin scoliotique le bassin décrit, observation 2, et que nous avons fait reproduire (figure 1, page 28) par M. Devy, dessinateur de la Faculté.

Ce bassin appartient à un squelette très touché par le rachitisme, la hauteur du squelette est de 1 m. 25, les fémurs sont arqués, convexes en dehors et aplatis ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la figure ; les tibias sont très convexes en dedans, mais égaux.

La courbure lombaire intéresse les 5 vertèbres commençant à la première et incline la 4e très près de la crête iliaque gauche (5 millimètres).

La *direction* du bassin n'est pas normale :

Le plan du détroit supérieur, au lieu de former, avec le plan horizontal rasant le bord supérieur de la symphyse pubienne, un angle de 60 degrés environ, occupe presque le plan horizontal, si bien que le sus-pubis est sur une même ligne horizontale que le promontoire.

Nous avons observé souvent cette disposition dans les cas

de scoliose pure, ainsi qu'on peut le voir dans nos observations, quelquefois même nous avons trouvé le sus-pubis plus élevé que le promontoire, c'est-à-dire le bassin en rétroversion notable.

L'inclinaison latérale paraît assez marquée sur ce bassin l'os coxal gauche étant moins allongé que l'autre.

Des deux ailes iliaques, l'une, la droite, est très étalée, renversée en dehors de par la traction des ligaments ilio-sacrés, si bien que la fosse iliaque interne de ce côté regarde presque directement en avant, tandis que l'aile iliaque gauche semble aplatie de dehors en dedans et par conséquent chercher à occuper par sa crête une direction antéro-postérieure, ce qui fait que sa fosse iliaque interne regarde presque directement en dedans et à droite ; nous exagérons bien entendu cette déformation pour la faire mieux sauter aux yeux. D'ailleurs il résulte de cette déformation des ailes iliaques que le diamètre bi-épineux du grand bassin, au lieu d'avoir 3 ou 4 centimètres de moins que le diamètre bi-crêtes, n'a que 1 centimètre 1/2, quelques millimètres de moins, lui est égal ou même lui est supérieur.

Sur le bassin que nous prenons comme type, les diamètres bi-épineux et bi-crêtes sont égaux et mesurent 26 centimètres.

Parlons maintenant du *sacrum*, de sa position latérale et antéro-postérieure.

De par la scoliose lombaire, la 5e vertèbre repousse le sacrum contre la facette auriculaire gauche de l'os coxal, mais l'os coxal, lui, est étayé comme ces maisons qui menacent ruine, il est soutenu par le membre inférieur gauche, alors l'aileron sacré gauche pris entre deux forces ne peut que céder et c'est ce qu'il a fait nettement sur le bassin que nous avons fait reproduire (Fig. 1, page 28) il a été si bien comprimé que

du côté de l'aile iliaque, il forme une sorte d'épine saillante en dedans, et que sa diminution très apparente se traduit à la mensuration par une différence de 2 cent. et quelques

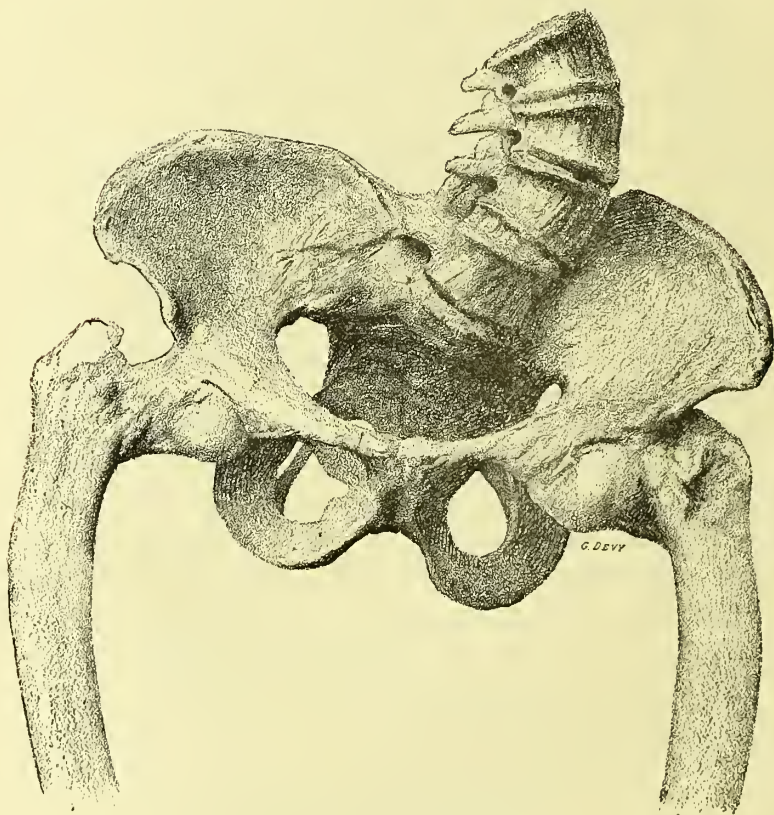


Fig. 1.

millimètres de moins que l'aileron droit. On comprend que dans de telles conditions de compression, l'aileron sacré, même lorsqu'il n'est pas écrasé comme ici, subisse un arrêt de dé-

veloppement dû au ralentissement de sa nutrition manifestement gênée.

Voilà pour la déviation latérale, mais le sacrum tout entier a basculé, non pas comme dans la cyphose, amenant en avant sa partie inférieure et le coccyx, mais la dirigeant en arrière d'une façon si complète qu'il est presque horizontal. Le coccyx néanmoins revient en avant en formant un petit angle ouvert dans l'excavation.

Pour démontrer par des chiffres cette déviation du sacrum que nous avons souvent observée sur nos pièces scoliotiques, nous avons d'abord pris le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, il est, sur notre bassin type, de 5 à 6 : puis le diamètre antéro-postérieur de l'excavation qui, partant du milieu de la face postérieure de la symphyse pubienne aboutit au milieu de la ligne qui unit la 2e pièce du sacrum à la 3e, il est ici de 9 cent. 6 et enfin pour montrer le retour en avant du coccyx, nous avons pris le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur (de la pointe du coccyx au sommet de l'arc pubien) et là nous avons trouvé 7, 4. Ces trois mesures : 5,6, 9,6, 7, 4, indiquent bien ce mouvement du sacrum dont nous voulons parler.

Le sacrum ne se dirige cependant pas directement en arrière, il affecte une légère obliquité vers la droite, du côté opposé à la scoliose lombaire et ce mouvement n'a pas pour effet que d'agrandir le diamètre antéro-postérieur de l'excavation ; il a ce plus grave résultat de renverser le promontoire en avant et naturellement vers la gauche et par conséquent de diminuer beaucoup le détroit supérieur d'avant en arrière et de rétrécir la partie postérieure de la moitié gauche du bassin.

On pourra se rendre compte par le tableau 1, page 30, que ce renversement est assez net dans toutes les observations de squelettes très touchés par le rachitisme.

TABLEAU I

BASSINS SCOLIOTIQUES

SQUELETTES TRÈS DÉFORMÉS PAR LE RACHITISME

		Scoliose dorsale droite : 8.								*Scoliose dorsale gauche : 3*		
		Obs. 1.	Obs. 2.	Obs. 3.	Obs. 4.	Obs. 5.	Obs. 6.	Obs. 7.	Obs. 8.	Obs. 9.	Obs. 10	Obs. 11
Grand bassin.	Bicrêtes.	26	26	21	27.4	24	18	25	26	14	21	19.5
	Bi-épineux.	26	26	20	26.6	23.2	18.5	24	26	11.8	20.2	20.1
	IID.	15	15		14.3	14.2	11.5	12.5	16	7.3	13.8	13
	IIG.	14	12.4		14	14.2	11.5	12	16	8	13	12.2
Détroit supérieur.	AP.	6.8	5.6	4.5	6.5	7.2	6.6	8	10	4.2	3	4.6
	AG.	10	9.1	7.5	10.6	10.4	9.2	11	11.6	6	9	10.3
	OD.	11	10.5		12	11.8	9.3	11.5	12.2	4.4	9	8.9
	Transv.	13	11.3		13.7	13.7	11	13.5	13	5	9	11.7
Excavation.	AP.	10.3	9.6		11.5	8.6	7.8	10	11.5	5	9.5	11.3
	OG.	11.4	10.4		10.5		9		12.2			9.2
	OD.	11.5	10.4		10.5		8.5		12			9.6
	Bi-sciat.	9.5	10.4	7.	11	12.5	8.8	12.5	10.8	2.8	7.5	9.5
Détroit inférieur.	AP.	7.1	7.4		7.3	sSsP.11	8.1	7	9.2	3.7	7.4	7.4
	OG.	9.4	8.2		9.3	9.3	8.3		11			8.7
	OD.	9.7	8.1		9.9	10.4	7.8		10.8			9.3
	Bi-isch.	10	8.7	7.5	10	11.5	8.1	13.5	11.3	2.8	7	9.1

Si nous revenons maintenant au détroit supérieur, nous voyons que l'écrasement de l'aileron sacré n'est pas le seul résultat produit par le chargement exagéré du bassin à gauche : Nous avons dit que le membre inférieur étayait le bassin surchargé de ce côté, l'aileron sacré trouvant une forte résistance dans la facette auriculaire a bien cédé, mais, d'un autre côté, la partie plus mince de l'os coxal ayant davantage à supporter au *niveau de la cavité cotyloïde* se déprime, elle aussi, mais du côté où elle est poussée et où rien ne lui résiste, c'est-à-dire en haut et en dedans.

Le fond de la cavité cotyloïde gauche pénètre donc dans le bassin et regarde en haut et à droite. Il en résulte que le détroit supérieur, déjà déformé dans sa partie postérieure, l'est encore dans sa partie antérieure du côté gauche, toujours. Comment se traduit cet enfoncement dans les mensurations du bassin? par un raccourcissement marqué du diamètre oblique gauche, c'est-à-dire de celui qui part de l'éminence ilio-pectinée déformée, pour aboutir à la symphyse sacro-iliaque droite et nous voyons que sur le bassin de l'obs. 2, fig. 1, le diamètre oblique gauche a seulement 8 cent. 1, tandis que le droit a 10 cent. 5. Ce diamètre oblique droit lui aussi, est plus court que le normal, mais cela se comprend puisque le bassin est rétréci et que ce diamètre oblique s'en va moins à gauche et en arrière de par l'écrasement de l'aileron sacré gauche.

Sur tous les bassins de nos huit premiers squelettes, le diamètre oblique droit est supérieur, en effet, au diamètre oblique gauche.

La branche ischio-pubienne du côté de la convexité lombaire, c'est-à-dire ici du côté gauche, est plus petite que l'autre, elle n'a pu non plus se développer normalement, elle déjette la *symphyse pubienne* vers la droite presque en face

du premier trou sacré droit et cela a pour conséquence d'amener plus en avant la cavité cotyloïde gauche, celle qui supporte le poids. Et cela est si vrai que lorsqu'on fait asseoir une scoliotique, il y a toujours un genou, le genou gauche, dans le cas de scoliose lombaire gauche, qui avance plus que l'autre.

Parlons maintenant de la *symphyse pubienne*, nous avons dit qu'elle était déviée vers la droite, ce n'est pas tout : au lieu de présenter l'aspect ordinaire que nous ne reproduirons pas, elle nous a semblé dans presque tous les cas être de même épaisseur, minime, presque jusqu'au sus-pubis et là s'épaissir un peu et s'incliner en avant à la façon d'une *lèvre inférieure lippue,* de ce qu'on appelle communément « lèvre en rebord de pot de chambre » cela nous a toujours paru si net que nous osons reproduire notre impression sous cette forme vulgaire.

La partie droite du détroit supérieur a sa forme habituelle, c'est-à-dire arrondie, tandis que d'après notre description le côté gauche présente plutôt la forme d'un angle ouvert en dedans dont le côté postérieur serait formé par l'aileron sacré et une petite partie de l'os coxal et le côté antérieur, le plus aplati, presque rectiligne, par le reste de la ligne innominée du côté gauche.

En résumé, le détroit supérieur a la forme d'un cœur de carte à jouer, mais d'un cœur dont toute la partie gauche, aussi bien en arrière qu'en avant, serait rétrécie.

Si nous passons à l'étude de l'*Excavation*, voici ce que nous trouvons : d'abord agrandissement du diamètre antéro-postérieur, par rapport au diamètre A P du détroit supérieur bien entendu, puisqu'ici, obs. 2, fig. 1, au lieu d'avoir 12, l'A P de l'excavation a 9, 6, mais il ne faut pas oublier que l'A P du détroit supérieur avait seulement 5, 6.

Le bassin ayant encore ses ligaments, nous avons pu pren-

dre les *diamètres obliques* de l'excavation (du milieu du bord inférieur du ligament sacro-sciatique au milieu de la branche ischio-pubienne du côté opposé). Les deux diamètres obliques sont également rétrécis, ils ont l'un et l'autre 10,4 (normal 12) et ce fait est assez général dans l'excavation, l'aplatissement du côté gauche ne se fait plus sentir et les deux diamètres obliques sont sensiblement égaux.

Le *diamètre bi-sciatique* est sur ce bassin de 10, 4 également, toute l'excavation est donc généralement et également rétrécie, sauf d'avant en arrière où elle l'est davantage.

Au détroit inférieur, nous constatons ordinairement une modification inverse de ce qui se produisait au détroit supérieur, car l'ischion gauche ne subissant pas la pression de la tête du fémur, mais, au contraire, des tractions musculaires revient en dehors, formant si l'on veut un angle obtus ouvert en dehors avec le reste de l'os coxal. L'ischion droit, au contraire, est attiré en dedans si bien, que tandis que l'ischion gauche s'éloigne en dehors, le droit s'avance en dedans au détroit inférieur et gênera dans sa descente la tête fœtale qui s'était trouvée si à l'aise de ce côté au détroit supérieur.

Cet élargissement du détroit inférieur du côté aplati au détroit supérieur est très manifeste dans certains cas, mais peu marqué ou nul dans d'autres, au point de vue de la mensuration des diamètres obliques du détroit inférieur : ainsi, sur le bassin que nous avons pris comme exemple, il n'y a guère qu'un à deux millimètres de différence au profit de l'oblique gauche et il nous a semblé que cela arrivait le plus souvent lorsque la différence entre les diamètres obliques du détroit supérieur était grande.

Il résulte aussi de cet écartement de l'ischion gauche ce que nous avons déjà dit, c'est-à-dire que l'ischion droit paraît plus bas que l'autre et est en réalité plus allongé.

3

Ce que nous venons de dire pour le bassin aplati à gauche dans le cas de scoliose lombaire gauche est naturellement

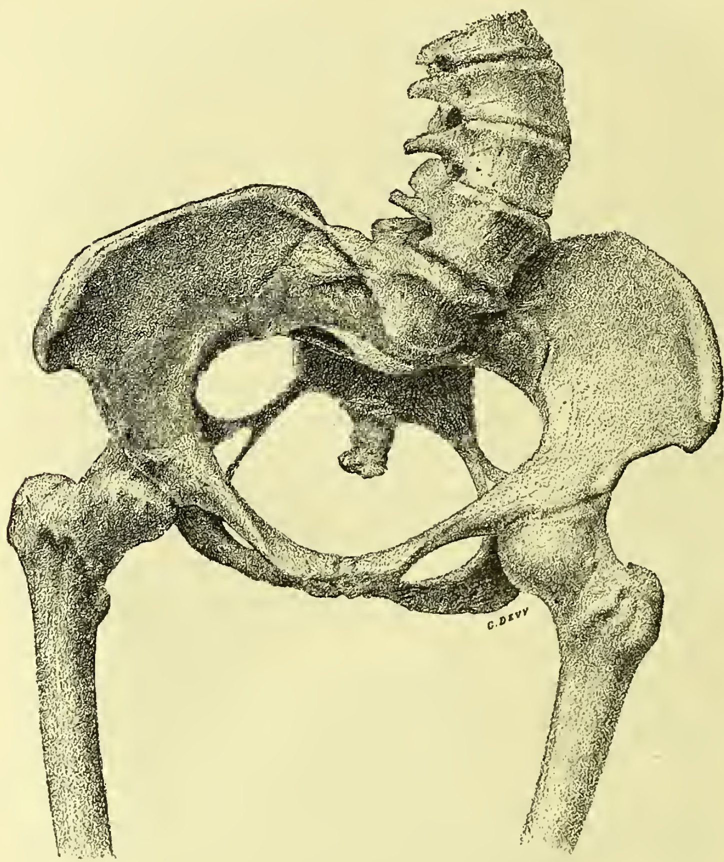


Fig. 2.

l'inverse si la *scoliose lombaire siège à droite*, c'est alors le diamètre *oblique gauche du détroit supérieur* qui est le plus long et, au contraire, l'*oblique droit* au *détroit inférieur*.

Ayant ainsi établi la forme du bassin scoliotique dans un cas de rachitisme très marqué, voyons maintenant ce que donne l'examen d'un bassin scoliotique dans le cas de *rachitisme peu marqué* : fémurs et tibias à peine déformés. Obs. 14, fig. 2 page 34. Le bassin est ici un peu *en antéversion.*

Les diamètres *du grand bassin* sont : le bi-crêtes 26, le bi-épineux 26,3, c'est donc à peu près la même chose que sur le bassin précédent où nous avions 26 pour les deux.

Le *détroit supérieur* a, comme antéro-postérieur, 8,5, nous avions 5,6 sur le précédent.

Les obliques : le gauche : 11,2, le droit 13.

Le transverse 14,6, c'est bien plus grand que tout à l'heure où nous avions : OG : 8,1. — OD : 10,5. — Transv. : 11,3. mais n'est-ce pas touché cependant assez fortement, aplati d'avant en arrière et un peu à gauche.

Dans l'excavation :

AP : 9,9. — OG : 10,5. — OD : 11,5 : — Bi-sciat. : 11,8.

Nous avions sur le bassin très déformé :

AP : 9,6. — OG : 10,4. — OD : 10,4. — Bi-sciat. : 10,4.

C'est sensiblement la même chose.

Enfin au détroit inférieur :

AP : 7,4. — OG : 10. — OD : 9,7. — Bi-isch. : 11.

Et sur le premier bassin :

AP : 7,4. — OG : 8,2. — OD : 8,1. — Bi-isch. : 8,7.

N'est-ce point non plus très touché même par rapport à celui-là qui l'était extrêmement.

D'ailleurs, nous faisons également un tableau (tableau 2) page 36 des mesures pelviennes sur les squelettes peu touchés par le rachitisme et l'on pourra facilement le comparer avec le tableau précédent.

Nous avons de plus 36 bassins scoliotiques sur lesquels

nous avons pris toutes les mensurations que nous permettait leur conservation.

TABLEAU II

BASSINS SCOLIOTIQUES

SQUELETTES PEU TOUCHÉS PAR LE RACHITISME

		Scoliose dorsale conv. à droite : 4.				*Inverse 1*
		Obs. 12.	Obs. 13.	Obs. 14.	Obs. 15.	Obs. 16.
Grand Bassin	Bicrêtes	27.3	27	26	26	24.8
	Bi-épineux	24·6	25	26.3	25	23.8
	IID	16.9	17	15	15.8	17
	IIG	16	17.2	15	15.8	16.5
Détroit Supérieur	AP	9.1	10.8	8.5	11.4	8.2
	OG	11.8	12.8	11.2	11.6	11.3
	OD	12	12.8	13	13	11
	T	13	14	14.6	14.6	13
Excavation	AP	12.1	11.5	9.9	11.3	10.3
	OG	11	12.2	10.5	12	11
	OD	11	12.2	11.5	12	11
	Bi-sciat	9.2	10.6	11.5	10.5	96
Détroit inférieur	AP	5.5	7.3	7.4	7	7
	OG	8.2	9.4	10	9	8.5
	OD	8.2	9.4	9.7	9.5	9
	Bi-isch	7.8	10	11	12	9;5

Pour le détroit supérieur, nous les avons toutes, mais pour l'excavation et le détroit inférieur, nous avons dû souvent nous contenter de l'antéro-postérieur, du bi-sciatique et du bi-ischiatique.

Voici groupées ces principales mesures dont on pourra voir le détail dans nos observations de 16 à 52.

Pour le grand bassin, le diamètre bi-crêtes l'emporte28 fois sur le bi-épineux mais souvent de quelques millimètres seule-

ment et au plus de 1 à 2 centimètres, 1 fois il lui était égal, 6 fois le bi-épineux lui était supérieur.

L'os iliaque droit était égal à l'os iliaque gauche (mesure prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'extrémité inférieure de l'ischion IID, IIG) 12 fois, plus long 8 fois, plus court 6 fois.

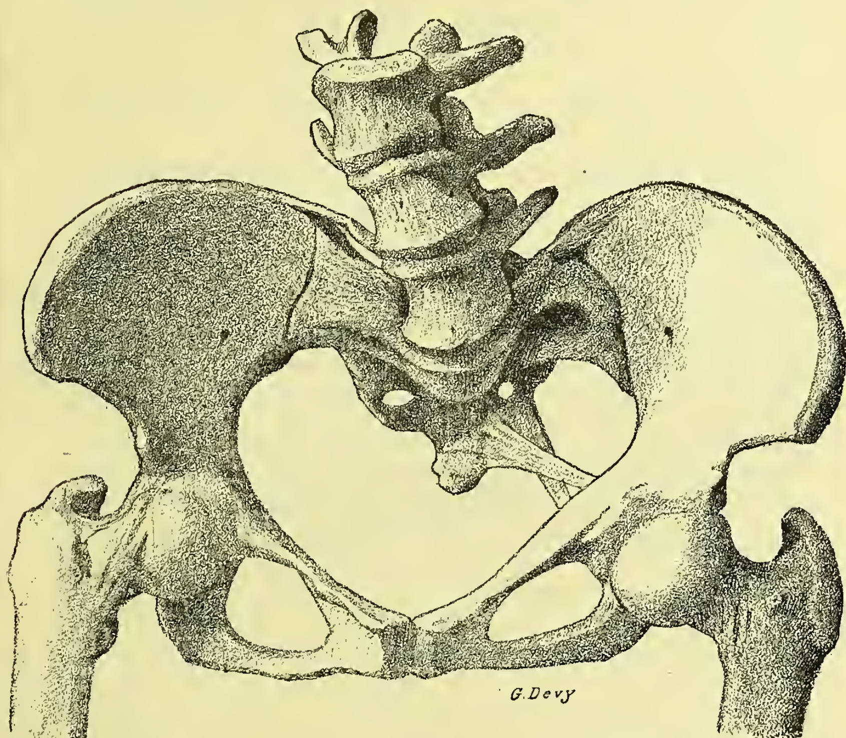


Fig. 3. (1) — Bassin du Musée Dupuytren N° 496 B. Obs. p. 90.

Pour le détroit supérieur, 31 fois l'antéro-postérieur était rétréci, 5 fois seulement atteignant ou dépassant 11, mais dans des bassins immenses ou malgré cette mensuration le

(1) Figure extraite de l'article *Bassins*, du *Traité des accouchements* de MM. Tarnier et Budin.

bassin semblait néanmoins aplati d'avant en arrière par rapport aux autres diamètres.

Le diamètre oblique droit était plus long 25 fois, 1 fois plus court, 2 fois égal.

Dans les cas de scoliose lombaire droite, l'oblique gauche était 6 fois plus long et 2 fois égal au droit. Pour le détroit inférieur, l'OG était 13 fois plus long, 2 fois égal et 6 fois plus petit.

Nous n'avons pas assez d'observations de bassins aplatis même légèrement, du côté opposé à la scoliose lombaire dominante, pour que nous puissions nous faire une opinion sur le mécanisme qui produit cette déformation. Nous pouvons cependant dire : d'abord qu'elle est très rare et ensuite qu'elle doit rentrer dans la classe des déformations dont nous avons parlé précédemment, parce que dans ces cas, la scoliose dorsale est élevée, la scoliose lombaire n'intéresse pas toute la colonne et qu'il tend à se former une troisième déformation sous la dépendance de laquelle est l'aplatissement du bassin.

Les observations des squelettes et bassins sur lesquels on peut voir cette exception sont numérotées de 53 à 57 dans nos observations anatomiques.

CHAPITRE III

Bassin cypho-scoliotique.

Lorsque la scoliose se complique de cyphose (et nous croyons que cela est fréquent lorsqu'on laisse la scoliose livrée à elle-même, qu'on ne fait pas suivre à l'enfant rachitique un traitement général et un traitement orthopédique bien compris), que devient le bassin ?

Nous savons de quelle façon la cyphose le modifie : Le sacrum bascule en avant et les ailes iliaques en bas et en dedans, c'est-à-dire rapprochant les ischions, créant le bassin dit en entonnoir.

Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est agrandi, le diamètre transverse du détroit inférieur rétréci.

Mais ici nous n'avons point les mêmes conditions, la scoliose existe, la première, croyons-nous, puis le rachis se tordant davantage crée un certain degré de cyphose, cyphose non point médiane mais latérale, un fil à plomb, c'est-à-dire une verticale menée derrière la colonne vertébrale est débordée en arrière non pas seulement par la saillie des côtes, ce qui est la règle dans la scoliose, mais par les corps vertébraux.

Nous sommes très embarrassés pour décrire le bassin cypho-scoliotique, car d'après les squelettes et bassins que nous avons pu étudier, il ne ressemble ni au bassin cyphotique, ni au bassin scoliotique et alors que la déformation

du rachis se montre presque identique sur deux squelettes, le bassin est tout différent.

Nous ne pouvons donc prendre un type et dirons seulement ce que nous avons observé en nous efforçant à en tirer des conclusions pratiques.

Nous avons examiné neuf squelettes de cypho-scoliotiques. Ces neuf squelettes étaient tous rachitiques, mais présentaient ce fait particulier, très remarquable, que tous avaient les membres inférieurs longs, grêles et à peine déformés. (Et si l'on veut bien se reporter aux photographies des femmes cypho-scoliotiques que nous avons pu observer et suivre, il en est de même chez elles).

La hauteur de ces squelettes variait de 1 m. 42 (1 seul avait 1 m. 50) à 1 m. 37 et la longueur des membres inférieurs de 70 centimètres à 99. La partie inférieure d'un squelette observé à la Maternité avait aussi des membres inférieurs longs (85 cent.), grêles, à peine déformés.

On verra, par le tableau 3 page 41 que nous avons établi, de toutes les mensurations de ces 9 squelettes et de la partie inférieure de squelette de la Maternité, que la longueur des membres inférieurs ne prouve rien au point de vue du rétrécissement du bassin, ainsi, le n° 63 a des membres inférieurs de 84 centimètres et un diamètre A P au détroit supérieur de 9,7.

Toutes les cypho-scolioses que nous avons vues avaient leur siège au niveau des vertèbres dorsales (les 8e, 9e et 10e occupaient ordinairement le sommet) et leur convexité était tournée à droite et en arrière.

Nous ne pouvons mieux faire, nous le répétons, que de parler de différentes mensurations et que de renvoyer à nos observations du n° 58 à 68 et de bassins seuls de 68 à 72; c'est en les lisant qu'on se persuadera qu'un bassin cypho-scoliotique ne ressemble ni au scoliotique, ni au cyphotique,

TABLEAU III

BASSINS SCOLIO-CYPHOTIQUES

SQUELETTES A RACHITISME PEU MARQUÉ

		Obs. 58.	Obs. 59.	Obs. 60.	Obs. 61.	Obs. 62.	Obs. 63.	Obs. 64.	Obs. 65.	Obs. 66.	Obs. 67.
Grand bassin	Bi-crêtes.	25.2	30	24.5	29	27	26	27	26	29	29
	Bi-épinaux.	22.2	27.3	23	25.8	26	24.4	25	21	27.6	26.8
	IID.	16.8	18	15.4	16.4	16.5	15	17	16	16.8	
	IIG.	16.5	18	16.2	15.4	16	15	17	16	17.2	
Détroit supérieur	AP.	10	10.3	13.3	9.7	8	11.5	9.6	11.5	12	11.5
	OG.	11.8	12.4	12.5	12.4	11.3	12.3	12	12.3	13	13.4
	OD.	11.8	12.5	11.6	12.7	11.3	12.3	12	12.8	13.8	13 4
	T.	13	14	12.2	13.6	13.3	13	13.4	13	14.5	15
Excavation	AP.	9.5	10.8	12.3	11.1	10.2	11.1	10.1	10.3	13	13
	OG.	10.4	10.8	11.5	12	10.2	11	11.2	10.3	12	
	OD.	10.4	10.8	11	12	10.2	11	11.2	10.3	12	
	Bi-isc.	10.4	11.5	9.5	10.4	9	9.5	10	10	9.5	10.5
Détroit inférieur	AP.	7.3	9.2	9	8	9.4	6	8.1	8	9.1	9.
	OG.	9.5	10.5	9.5	9.5	8.1	9.8	9.9	8.5	9.5	11
	OD.	9.7	9.6	9.5	9.5	8.5	9.7	9.9	8.8	9.3	11
	Bi-isc.	10.3	10	9.6	10.2	7.7	9.5	8.5	10	7.9	9.8
	M. inférieurs.	83	70	74	84	76	82	75	76	99	85
	Hauteur totale.	1 m. 38	1 m. 50	1 m. 28	1 m. 42	1 m. 34	1 m. 37	1 m. 37	1 m. 37	1 m. 37	
	Sternum à sus pubis		45	32	35	33.3	39	39	36		

ni le plus souvent à un autre cypho-scoliotique. Par le tableau 3, page 41,on pourra déjà se rendre compte de cette différence.

TABLEAU IV

BASSINS SCOLIO-CYPHOTIQUES

		Obs. 68.	Obs. 69.	Obs. 70.	Obs. 71.	Obs. 72.
Grand bassin	Bi-crêtes.	25.3	25		26.8	30
	Bi-épineux.	24.2	22.2		25.8	25.3
	IID.	14.4	16		14	16.5
	IIG.	14.1	16		14	16.5
Détroit supérieur	AP.	7.4	13.5	9.3	10.3	10.6
	OG.	11.6	12.3	13.5	12.6	12.8
	OD.	10.9	12.3	14.2	12.3	13
	T.	12.7	13.3	15.5	13	14
Excavation	AP.	10.5	12	12.6	13	12.3
	OG.	12		12.3		11.8
	OD.	12		12.3		13
	Bi-isch.	10.8	9.1	12	11	11.2
Détroit inférieure	AP.	8	9.9	9	7.7	5.
	OG.	10.8		11.5		10
	OD.	10		10.8		10
	Bi-isch.	11.9	11	12.2	10.5	11.2

Nous allons étudier ces diverses mensurations pelviennes :

La scolio-lordose compensatrice de la scolio-cyphose dorsale droite place le plus souvent le bassin dans un degré assez accentué d'antéversion et nous n'avons guère trouvé d'exceptions sur nos squelettes ou de par la conservation des membres inférieurs nous avions la direction naturelle du bassin.

Nous n'avons point trouvé par contre de latéroversion, toujours comme pour le bassin scoliotique nos recherches ont porté sur des sujets à membres inférieurs égaux. On trouvera

à la fin de nos observations tous les squelettes dont un membre inférieur était plus court.

Pour *le grand bassin*, la déformation des ailes iliaques si caractérisée dans le bassin scoliotoque (aile droite déjetée en dehors, aile gauche aplatie de dehors en dedans) nous a toujours semblé moins nette et, en effet, le diamètre bi-épineux est toujours inférieur, dans nos mesures, au diamètre bi-crêtes et cela de 1 à 2 centimètres, quelquefois même de 3 ou 4 comme normalement.

Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur que l'on s'attendrait à trouver toujours agrandi dans un bassin sur lequel a agi la cyphose n'est, sur nos 15 observations de squelettes et bassins, seuls, que *6 fois* égal ou supérieur à 10 et 9 *fois* plus court.

Pour les diamètres obliques, ils sont toujours sensiblement égaux et cela nous a paru une influence de la cyphose compliquant la scoliose d'empêcher le bassin d'être par trop surchargé à gauche et par conséquent d'être très déformé de ce côté.

Nous ne parlerons donc de ces diamètres obliques qu'au point de vue de leur agrandissement ou de leur rétrécissement:

Le diamètre oblique gauche était 12 fois égal ou supérieur à 12 et 3 fois seulement inférieur.

Le diamètre oblique droit était 11 fois égal ou supérieur à 12 et 4 fois seulement inférieur.

Nous voyons donc qu'une fois même, la cypho-scoliose dorsale droite avait surchargé le bassin du côte droit et été cause ainsi du rétrécissement du diamètre oblique droit.

Le *diamètre transverse* était 6 fois égal ou supérieur à 13,5. Neuf fois inférieur. La cyphose semble donc avoir eu là une légère influence si elle n'en a point eu pour les diamètres obliques.

Dans l'excavation, 7 fois le diamètre antéro-postérieur était égal ou supérieur à 12. 9 fois inférieur : nous ne voyons donc point là ce renversement du sacrum en arrière de la scoliose pure, mais plutôt le renversement en avant de la cyphose. Ce qui se traduit aussi par l'allongement du sacrum, et sa convexité en dedans dans le sens de la largeur, créant des faux promontoires sacrés nombreux, ce que nous avons signalé dans nos observations.

Les *diamètres obliques* de l'excavation ont : le gauche 4 fois, le droit 5 fois : douze ou plus et le gauche 8 fois, le droit 7 fois moins de douze. La cyphose ou le rachitisme seul semblent là faire sentir leur influence. La cyphose surtout pour le diamètre bi-sciatique puisqu'une seule fois il a 12 et 14 fois moins.

Au détroit inférieur, nous n'avons jamais trouvé le coccy-pubien normal, toujours, c'est-à-dire 15 fois, il était inférieur à 11.

Pour les obliques, ils étaient presque toujours rétrécis. Oblique gauche : 3 fois 11 ou plus. Oblique droit : 1 fois seulement ; Et moins de 11 : 10 fois pour l'oblique gauche, 12 fois pour le droit.

Pour le bi-ischiatique, il n'a pas été toujours rétréci comme le bi-sciatique, 4 fois il avait 11 ou plus, 11 fois moins.

Que pouvons-nous conclure de ces mensurations : il faudrait voir plus de bassins pour se faire une opinion ferme, à moins qu'on ne soit après cela encore plus hésitant.

Nous pouvons toujours dire que :

La cyphoscoliose ne modifie point le bassin comme la scoliose ni comme la cyphose au détroit supérieur, qu'elle laisse le rachitisme agir seul le plus souvent au moins pour *l'antéro-postérieur*. Que les *diamètres obliques* sont presque toujours respectés, ce qui est favorable à l'engagement dans

n'importe quelle position de l'occiput gauche ou droite, mais que le *transverse* est souvent touché.

Que dans *l'excavation* les diamètres obliques sont souvent touchés, mais que le bi-sciatique l'est le plus et presque toujours.

Qu'au *détroit inférieur* la cyphose semble agir seule et tendre à créer le bassin en entonnoir.

Scoliose pélikogène (1)

« L'assimilation unilatérale de la 5e vertèbre lombaire avec la base du sacrum entraîne une déformation asymétrique du bassin, dans l'un et l'autre des deux cas opposés, où le foyer de la synostose est le siège soit d'un défaut, soit d'un excès dans la production du tissu osseux.

Le sacrum allongé présente alors un développement irrégulier en hauteur sur ses deux bords : celui de ces bords qui répond au côté de la synostose se trouve tantôt le plus long, tantôt le plus court.

Les vertèbres peuvent se souder par leur corps soit conjointement avec les apophyses transverses, soit indépendamment de celles-ci. La synostose médiane détermine une déformation du bassin qui varie selon que les corps vertébraux conservent une disposition symétrique ou selon qu'ils subissent un tassement en hauteur plus marqué d'un côté que de l'autre.

Dans le premier cas, le bassin revêt les caractères propres à la viciation par assimilation bilatérale et symétrique que nous exposons plus loin. Dans le second cas, les parois pelviennes affectent une conformation asymétrique.

On voit, en somme, que le bassin vicié par adjonction

(1) Bonnaire, *loc. cit.*

de la cinquième lombaire au sacrum avec assimilation asymétrique, dans les conditions suivantes :

1° Lorsqu'il existe une synostose unilatérale de l'apophyse transverse de la cinquième lombaire et de l'aileron sacré avec excès ou défaut de production du tissu osseux au niveau du trait d'union.

2° Lorsqu'il existe une synostose partielle ou totale des deux corps vertébraux avec un développement en hauteur de ces deux pièces osseuses inégal d'un côté à l'autre.

Sur le bassin vicié par assimilation asymétrique, le plateau supérieur de l'allonge lombaire surajouté au sacrum s'incline en direction latérale. La colonne vertébrale se fixe ainsi à la paroi postérieure du bassin allongé suivant une incidence vicieuse. De là, résulte une irréflexion rachidienne dont l'angle de coudure a son sommet tourné vers le côté du sacrum qui se trouve le plus développé en hauteur.

Il se produit une scoliose angulaire ayant pour siège la partie supérieure du sacrum. (*Scoliose pelikogène*) dénomination empruntée par l'auteur à Freund qui l'applique à une variété de cyphose). Au-dessus de celle-ci, la colonne vertébrale décrit, comme à l'habitude, des courbures de compensation alternes destinées à ramener la ligne de gravité dans le plan médian.

Sous l'influence de la transmission extra-médiane du poids du tronc aux parois du bassin, l'os iliaque vers lequel sont dirigées l'ouverture de l'angle de la scoliose sacrée et de la convexité de la courbure scoliotique lombaire de compensation, se trouve refoulé en haut et en arrière ; la ligne innominée correspondante subit un redressement et un refoulement oblique en dedans, l'ischion est attiré en haut et en dehors.

Dans l'assimilation asymétrique par ankylose des corps vertébraux on voit les 2 premières pièces du sacrum se tordre

autour d'un axe vertical et regarder par leur face antérieure commune l'os iliaque aplati (disposition manifeste sur la fig. 00 que nous empruntons au *Traité d'accouchement* de Muller, tome II, p. 455, fig. 95).

Le bassin vicié par assimilation serait un bassin scoliotique parfait s'il n'était modifié dans sa forme par quelques-uns des caractères propres à la cyphose et qui consistent dans l'élévation du promontoire et dans la disposition infundibuliforme que présente l'excavation pelvienne, disposition qui résulte de l'allongement du sacrum en hauteur.

Le bassin vicié par assimilation asymétrique de la cinquième lombaire est donc au point de vue de sa forme générale un bassin scolio-cyphotique dans lequel l'élément scoliotique se trouve d'autant plus accusé que les deux bords latéraux de l'allonge sacrée offrent une plus grande inégalité dans leur développement en hauteur. »

CHAPITRE IV

Grossesse. — Accouchement — Diagnostic. Pronostic. — Intervention.

§ 1. — DE LA GROSSESSE CHEZ LES SCOLIOTIQUES ET CYPHO-SCOLIOTIQUES

Comment évolue la grossesse chez les scoliotiques et les cypho-scoliotiques, telle est la question dont nous allons maintenant parler : et pour la traiter, nous ne pouvons cette fois que nous appuyer sur des observations cliniques. Le reproche qu'on ne manquera pas de nous adresser : c'est que nous n'aurons envisagé que des exceptions : des grossesses pathologiques, des accouchements ayant nécessité une intervention et, par suite, une observation ; il est de tradition de dire que les scoliotiques et les cypho-scoliotiques accouchent bien et cela comprend implicitement qu'elles supportent bien leur grossesse.

Evidemment nous n'avons point assez d'expérience pour prouver le contraire : mais, nous nous efforcerons de montrer que le pronostic ordinairement porté est trop bénin, heureux si nous pouvons pousser à des recherches approfondies de ce côté, qui permettront de ne point laisser passer sous silence les observations de scoliotiques. Nous n'avons pu en réunir que 64 et, sur ce nombre, 9 nous sont personnelles depuis à peine une année que nous les recherchons, combien donc ont été perdues pour la science !

Il est naturel que la grossesse soit mal supportée chez des femmes dont le tronc est très rapetissé et dont les organes viscéraux sont déjà gênés dans leurs fonctions en temps ordinaire.

La hauteur du tronc des scoliotiques, mesurée de la partie supérieure du sternum au sus-pubis est, en effet (nous l'avons relevée sur tous les squelettes) de 30 à 35 cent., rarement plus, tandis que sur 40 femmes récemment accouchées, prises au hasard un de nos jours de garde à la Clinique, elle nous a toujours paru osciller entre 45 et 50.

15 centimètres de différence ne paraît pas énorme, mais quand il se développe dans ce tronc un utérus qui atteindra 37 centimètres à terme, que restera-t-il pour les viscères ? et alors si le thorax était transparent, on pourrait assister à la compression du foie, des intestins, de l'estomac, du refoulement du diaphragme et à la compression plus grave du cœur et des poumons.

Mais comme la paroi abdominale et le thorax nous cachent ce qui se passe derrière eux, nous aurons recours, pour le décrire, à la description très détaillée d'une nécropsie que nous avons pratiquée le 30 décembre 1894 avec M. le Dr Letienne, celle de la malade dont l'observation porte le n° 1 (Cliniques) et qui est représentée sur les phototypies 1 et 2.

Cette femme était morte accouchée, et cependant que lit-on : « *le diaphragme* était encore repoussé en haut, *les poumons* occupaient une hauteur de 8 cent. 5 à gauche, et de 11 cent. à droite, *le cœur était fixé sur lui-même* et c'est sans doute par le cœur qu'est morte cette malheureuse.

(Nous renvoyons pour plus de détails à cette si intéressante observation).

Dans l'observation 2 (femme représentée sur la photo-

typie 3). M. le professeur Tarnier, notre maître, a dû pratiquer l'accouchement au 6e mois à cause de troubles pulmonaires (40 à 60 inspirations par minute, une plus profonde toutes les 12, puis toutes les 6 inspirations) troubles qui menaçaient d'enlever brusquement la malade.

Dans l'observation 31, une femme scoliotique sur laquelle M. Gueniot, chirurgien en chef de la Maternité, avait pratiqué l'opération césarienne mourut 4 jours après, d'asphyxie, par suite de la compression produite par le diaphragme relevé par les anses intestinales météorisées.

Une ressource, et c'est habituellement celle-là qui sauve une grande partie de ces femmes gibbeuses, c'est le *renversement de l'utérus en avant* (ventre en besace, en obusier), elles ont ordinairement et heureusement pour elles la paroi abdominale mince et peu résistante et l'utérus ne trouve point d'obstacle de ce côté.

Mais si l'utérus ne se renverse point en avant, quel phénomène heureux peut-il encore se produire?

L'accouchement prématuré spontané : en effet, nous voyons que le poids des enfants des scoliotiques n'est jamais aussi élevé que celui des autres, il varie entre 2.000 et 3.000 qu'il atteint rarement ; et sur presque toutes les observations où la date des dernières règles est indiquée, on voit que la différence de poids est expliquée par l'accouchement avant terme. Notre observation 3 (de la femme représentée sur la phototypie n° 4) en est un exemple manifeste.

La femme P..., primipare, âgée de 39 ans, reçue à la clinique pour douleur de la symphyse pubienne qui empêchait la marche et tout travail, fut prise, à 8 mois 1 semaine (exactement), des douleurs de l'enfantement et mit au monde spontanément une fille de 2.190 grammes.

On ne remarque pas chez les femmes scoliotiques des

vomissements plus fréquents que chez les autres femmes enceintes, ni plus de cas d'albuminurie, du moins nous ne l'avons point observé et ne l'avons pas trouvé signalé.

Mais ce que nous avons constaté plusieurs fois, c'est la douleur de la symphyse pubienne et l'hypéresthésie vulvaire.

En résumé, les scoliotiques et cyphoscoliotiques sont menacées pendant la grossesse de troubles dûs à la compression de leurs organes et en particulier de troubles respiratoires et circulatoires, il ne faut pas l'oublier et les redouter.

Présentation. Variété. — La position du fœtus dans nos observations nous a paru varier, mais les positions droites avec présentation du sommet variétés : OIDT, OIDP et OIDA, dominent manifestement et cela est en faveur de l'aplatissement du bassin à gauche : le fœtus en effet, cherche à s'accommoder pour passer et place son occiput où il le peut.

§ 2. — Accouchement.

« *Les scoliotiques accouchent facilement* » nous ne demandons qu'à être édifié par des observations, mais celles que nous rapportons ne nous permettent pas de le croire, surtout chez les scoliotiques vraies sans cypho-scoliose. Nous voyons dans toutes ces observations les accouchements prématurés provoqués, alterner avec des applications de forceps, des versions ; des basiotripsies avec des césariennes et des symphyséotomies.

Certainement, il n'y a pas que cela, mais il y a beaucoup d'interventions et d'interventions sérieuses : et si nous n'en faisons point un tableau, c'est que, nous le répètons, on ne manquera pas de nous dire : vous n'avez que les exceptions.

Sur nos 9 observations personnelles, nous comptons 4 accouchements spontanés à terme, 1 accouchement prématuré pro-

voqué, 1 accouchement prématuré spontané, 1 application de forceps, 1 version, 1 symphyséotomie.

Donc 5 fois l'accouchement n'a pas été normal, 4 fois il y a eu des accouchements spontanés, mais les bassins n'étaient pas indemnes de rachitisme.

Le mécanisme de l'accouchement nous a paru être le même que dans les bassins rétrécis avec cette complication de l'aplatissement d'un côté, du gauche habituellement qui fait que l'occiput se place plus souvent du côté droit.

Tête élevée presque jusqu'à la fin de la grossesse puis, engagement lent, l'occiput se tournant vers le côté large, descente difficile dans l'excavation même lorsque, cela est indiqué, la femme avait de violentes contractions et s'aidait bien.

Rotation quelquefois incomplète et alors laissant la tête en OIDA. (ce que nos exemples de bassins font bien comprendre) et on devait alors, ainsi que cela est arrivé une fois à M. Maygrier appliquer le forceps pour terminer.

La tête naturellement peut se placer en asynclitisme faisant tout ce qu'elle peut pour passer, nous avons pu l'observer une fois. D'ailleurs, on doit s'attendre à rencontrer souvent chez ces femmes l'asynclitisme de la tête fœtale de par leur antéversion utérine qui n'engage pas la tête d'aplomb.

DIAGNOSTIC.

Nous ne pouvons mieux faire pour le chapitre : *Diagnostic* que de reproduire, avant la lettre, ce qu'en dit à l'article *Bassins* du *Traité d'accouchement*, Tarnier et Budin (déjà cités) la voix de M. Bonnaire plus autorisée que la nôtre.

« Par un procédé de pelvimétrie externe très simple, on arrive à diagnostiquer l'existence et dans une certaine mesure à reconnaître le degré et la forme de l'asymétrie pelvienne, en examinant de près la conformation de la partie inférieure du

dos. Pour cela, on commence par déterminer avec toute la précision possible, la situation exacte de trois points de repère osseux, dont l'un est médian et les deux autres latéraux. Ces trois points de repère répondent respectivement aux saillies que forment l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire et les deux épines iliaques postéro-supérieures, en arrière du bassin ; on relie ces points par trois lignes droites et on figure ainsi un triangle ; au lieu d'être isocèle comme lorsque le bassin est symétrique, ce triangle affecte la forme d'un scalène dans le cas de bassin scoliotique : son plus petit côté formé par l'interligne lombo-iliaque droit, dans notre exemple choisi de scoliose lombaire gauche répond à la moitié élargie du détroit supérieur. Plus la différence de longueur entre les deux côtés du triangle est grande, plus l'asymétrie du bassin est accusée. On ne doit pas oublier cependant que dans le cas où la cinquième vertèbre lombaire a subi, en même temps que le sacrum, les effets d'un ramollissement rachitique extrême, ces pièces osseuses peuvent se montrer tordues dans un sens opposé à celui que nous venons d'indiquer comme étant le plus commun ; alors l'apophyse épineuse de la dernière lombaire se trouve rapprochée non plus de la tubérosité iliaque attenant au côté large du bassin, mais de celle qui dépend de l'os coxal aplati, et l'on voit le plus petit côté du triangle scalène répondre à ce dernier côté du bassin.

Le *toucher explorateur pelvien*, donne comme toujours des renseignements beaucoup plus précis que la pelvimétrie externe, à condition qu'on ne se contente pas d'aller simplement à la recherche du promontoire. L'examen pelvimétrique interne doit être pratiqué en plaçant la femme en attitude obstétricale. Un ou plusieurs doigts de chacune des deux mains sont successivement introduits dans le vagin, ceux de la main droite suivent la ligne innominée de la paroi pel-

vienne droite, ceux de la main gauche explorent la moitié gauche du bassin.

A l'aide de l'une ou de l'autre des deux mains, suivant la direction qu'affecte la scoliose lombaire, on suit dans toute sa hauteur la face antérieur du sacrum et on reconnaît dans quel sens elle se trouve deviée ; avec la même main, en longeant en travers toute l'étendue du promontoire, on détermine le siège précis du point à partir duquel il convient de mesurer le diamètre promonto-pubien médian du détroit supérieur.

On calcule la longueur de ce diamètre en recueillant sur le doigt celle du diamètre sacro-sous-pubien oblique médian, comme on le fait pour les rétrécissements symétriques du détroit supérieur. »

Nous avons cherché et mesuré sur les squelettes et bassins scoliotiques l'écartement qui existait entre les épines iliaques postéro-supérieures : et, sur le ruban métrique qui les réunissait, nous avons vu très souvent le sommet de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire occuper juste le milieu, à égale distance de l'une et de l'autre. Il nous a semblé que la torsion ordinaire de la 5e lombaire faisait occuper cette position médiane au sommet de son apophyse épineuse, et il fallait une torsion très marquée pour que le sommet de cette apophyse fut plus rapproché de l'épine iliaque postéro-supérieure droite (dans le cas de scoliose lombaire gauche).

Nous croyons donc qu'il ne faut pas trop insister sur l'examen externe ; la différence de largeur des fesses ou des cuisses ne sert qu'à attirer l'attention dans des cas de bassin oblique ovalaire, mais ici, il n'en est plus de même, et la déformation rachidienne est assez visible pour qu'on songe tout de suite à un rétrécissement asymétrique du bassin.

La pelvimétrie externe souvent très difficile, doit indiquer aussi la déformation, par le peu de différence qui existe en-

tre les diamètres bi-crêtes et bi-épineux ainsi que nous l'avons dit en étudiant le bassin.

§ 4. — PRONOSTIC

Le pronostic ressort de l'examen complet et approfondi de la femme scoliotique ou cyphoscoliotique.

On doit se poser ces deux questions :

La grossesse pourra-t-elle aller à terme sans accident ?

L'accouchement pourra-t-il se faire spontanément, et à quelle époque ?

L'examen général de la femme dira :

Si elle est *très touchée par le rachitisme,* ou *si elle l'est peu.*

Si elle est *scoliotique* ou *cypho-scoliotique.*

Si son *tronc* est *assez développé* pour *contenir un utérus gravide.*

Si ses poumons, son cœur, fonctionnent bien.

Si ses organes digestifs et urinaires sont en bon état.

Enfin le *toucher* permettra de lui dire :

Si son *bassin laissera passer un fœtus à terme* ou, *dans le cas contraire,* à *quel mois il sera nécessaire de provoquer l'accouchement.*

Le pronostic sera plus difficile à faire pour l'*orthopédiste,* pour l'*accoucheur,* alors plus rarement visité, lorsqu'on les consultera au point de vue du *Mariage* et de la *Maternité.*

Nous pensons, avec notre maître, M. Kirmisson, *qu'on ne doit pas conseiller aux scoliotiques et cypho-scoliotiques de se marier tôt* surtout si la scoliose a tendance à augmenter.

On sait l'influence néfaste des premières règles, *la grossesse* pourrait avoir une *influence désastreuse* non seulement *au point de vue obstétrical* mais aussi *au point de vue orthopédique.*

Si le rachitisme paraît avoir *peu ou point* touché le reste

du corps ; on pourra dire à une scoliotique de 22 à 25 ans *qu'elle peut* se marier, et *peut être avoir des enfants*, mais *l'engager* dès qu'elle pensera être devenue enceinte à aller consulter l'accoucheur pour qu'il *examine à fond son bassin.*

§ 5. — INTERVENTION

L'*Intervention* chez les scoliotiques et cypho-scoliotiques devra toujours être *la moins compliquée possible.*

Pas de symphyséotomie ni d'*opération césarienne* chez des femmes dont le cœur, les poumons fonctionnent mal.

Pas de chloroformisation par conséquent le moins longtemps possible si l'on ne peut s'en passer.

L'accouchement prématuré provoqué.

La version par manœuvres internes.

Les applications de forceps.

La Basiotripsie et l'embryotomie si l'on ne peut faire autrement.

Telles sont les interventions que nous comprenons chez ces femmes :

La première pour éviter de graves accidents.

La deuxième si la tête est élevée et ne s'engage point ou qu'il y ait procidence ou tout autre indication (et alors on ne devra pas oublier d'amener l'occiput du côté où le détroit supérieur est le plus large, sans se préoccuper outre mesure de l'asymétrie du détroit inférieur chez les scoliotiques ; un peu plus cependant de son rétrécissement chez les cypho-scoliotiques).

Le forceps, si la tête engagée ne descend pas, arrêtée dans l'excavation ou au détroit inférieur.

La Basiotripsie et l'Embryotomie enfin, si l'on arrive trop tard, si l'enfant est à terme et trop volumineux et que les autres moyens échouent, (sans hésitation naturellement si le fœtus a succombé).

I. — OBSERVATIONS ANATOMIQUES

Les 79 observations anatomiques qui suivent ont été recueillies par nous, comme nous l'avons dit, dans les *Musées de la Clinique d'accouchement, de la Maternité, de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux* (Clamart) et Dupuytren.

Toutes les mensurations ont été prises par nous avec le plus grand soin et les appréciations et descriptions de bassins nous sont également personnelles.

D'ailleurs, il n'y a de catalogue ni à la Clinique, ni à la Maternité, celui de Clamart porte seulement en face des numéros : Squelette naturel de rachitique et au Musée Dupuytren si le catalogue (auquel nous l'avons empruntée) donne bien la description des squelettes, il n'est pas toujours exact pour les appréciations de bassins.

Nous revendiquons donc l'entière responsabilité des descriptions et mesures de tous les bassins et aussi des squelettes de Clamart.

Nos mensurations ont été prises :

Au détroit supérieur :

L'*antéro-postérieur* : du bord interne de la lèvre formée par la symphyse pubienne à la partie médiane du promontoire.

Les *obliques* : du milieu de la face interne de la crête pectinéale à l'articulation sacro-iliaque opposée.

Le *transverse* à la partie *la plus* large.

Dans l'excavation :

L'*antéro-postérieur* : du milieu de la face postérieure de la symphyse pubienne au milieu de la ligne qui unit la 2e pièce du sacrum à la troisième.

Le bi-sciatique : de la face interne d'une épine à la partie interne de l'autre.

Les obliques : (lorsque les ligaments existaient) du centre d'un grand trou sciatique au centre du trou sous-pubien du côté opposé.

Au détroit inférieur :

L'*antéro-postérieur* : de la pointe du coccyx au sommet de l'arc pubien.

Le bi-sciatique : de la face interne d'un ischion à la face interne de l'autre, unissant la partie postérieure des deux tuberosités ischiatiques.

Les obliques (lorsque les ligaments existaient) :

Du milieu du bord inférieur du ligament sacro-sciatique au milieu de la branche ischio-pubienne du côté opposé.

Nous avons désigné par IID. IIG. les mensurations latérales de l'os coxal partant de l'épine iliaque et aboutissant à l'ischion.

Nos observations anatomiques sont classées ainsi qu'il suit :

I. Les squelettes à rachitisme très accentué.

Scolioses lombaires convexes à gauche 1 à 9.

Scolioses lombaires convexes à droite : 9 à 11.

II. Squelettes à rachitisme peu accentué :

Scolioses lombaires convexes à gauche : 11 à 16.

Scolioses lombaires convexes à droite : 16.

III. Bassins scoliotiques du n° 16 au n° 52.

IV. Squelettes et bassins seuls où la déformation due à la scoliose ne siège pas du côté de la courbure lombaire prédominante, 52 à 57.

V. Squelettes scolio-cyphotiques, 57 à 67.
Bassins scolio-cyphotiques, 67 à 72.

VI. Squelettes à membres inférieurs inégaux, 72 à 77.

VII. Bassin très déformé, n° 77.
Bassin scolio-sciatique, n° 78.

---

§ 1. — OBSERVATIONS DE SQUELETTES A RACHITISME TRÈS MARQUÉ

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 1.

MUSÉE DE CLAMART

Vitrine 1. N° 1. Squelette naturel de rachitique

Colonne vertébrale à trois courbures scoliotiques. La première et la deuxième dorsales, peu accentuées, la troisième plus forte, lombaire, à convexité gauche, membres supérieurs courts et très déformés : 55 cent. ; membres inférieurs courts et très déformés : 56 cent.

Tête sans calotte crânienne.

La courbure lombaire part de la douzième dorsale, tous les corps vertébraux à partir de là, regardent à gauche et un peu en avant.

L'aile iliaque gauche est plus élevée de 2 cent.

La quatrième lombaire est à 5 cent. de l'épine iliaque PS gauche et à 8 cent. de la droite.

Promontoire saillant, symphyse du pubis sur ligne médiane.

L'aile sacrée gauche est comme subluxée, elle est à 1 cent.

plus petite que la droite. Le sacrum est basculé en arrière et en haut. Pas d'antéversion du bassin.

Bassin aplati à gauche.

Sommet des apophyses épineuses des dernières lombaires sur ligne médiane.

Ischion droit plus abaissé que le gauche.

Bi-crêtes : 26. — Bi-épineux : 26. — IID : 15. — IIG : 14.

AP : 6,8. — PSP : 9,3. — OG : 10. — OD : 11. — Tr : 13.

Excavation : AP , 10.3. — OG : 11,4. — OD : 11,5. — Bi-sciat. 9. 5.

Détroit inférieur : AP : 7, 1. — OG : 9, 4. — OD : 9.7 — Bi-isch. 10.

Sternum au sus-pubis : 47.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 2.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 1. N° 2. Squelette naturel de rachitique. (Fig. 1 page 28).

Scoliose dorsale à convexité droite avec forte compensation lombaire à convexité gauche.

Tête inclinée à gauche.

Membres supérieurs longs mais avec traces de rachitisme.

Le membre gauche arrive au tibia, le droit un peu plus haut.

Membres inférieurs : fémurs arqués, convexes en dehors.

Tibias convexes en dedans mais assez longs cependant.

Hauteur du squelette : $1^{m}25$, membre supérieur gauche : 67.

La cavité thoracique droite est pour ainsi dire réduite à néant, sauf dans un très petit espace au-dessus de la courbure dorsale.

La gauche est par contre agrandie, les côtes gauches ne touchent pas à l'aile iliaque, mais il n'y en a que 10, les deux dernières ont été sciées.

Les trois premières vertèbres dorsales sont peu déviées, mais de la quatrième à la huitième existe une forte déviation scoliotique sans cyphose avec torsion. La neuvième dorsale forme le sommet de l'angle.

La verticale abaissée de la colonne cervicale et en avant, atteint en bas la cavité cotyloïde gauche, le sommet de la scoliose en est distant de 11 cent. 1/2. La première lombaire est presque sur la ligne médiane et les quatre autres vont fortement vers la gauche en se tordant face à ce côté. L'articulation de la troisième et de la quatrième est à 5 m/m. de l'épine iliaque gauche PS.

Le bassin paraît un peu incliné vers la gauche, 1 cent.

L'aile iliaque droite est plus large, plus déjetée en dehors que la gauche.

L'aile sacrée gauche est écrasée à gauche contre l'aile iliaque et forme même là par suite une sorte d'épine saillante, elle a 2 cent. 5 de moins que la droite.

Le sacrum est presque horizontal d'avant en arrière; les trous sacrés sont plus petits à gauche.

Le bassin est rétréci d'avant en arrière et surtout aplati à gauche.

La cavité cotyloïde gauche est reportée en avant.

Sommet des apophyses épineuses des dernières lombaires sur ligne médiane.

Bi-crêtes : 26. — Bi-épineux : 26. — IID : 15. — IIG : 12, 4.

AP : 5,6. — PSP : 8,4. — OG : 9,1. — OD : 10,5. — Tr : 11,3.

Excavation : AP : 9,6. — OG : 10,4. — OD : 10,4. — Bi-sciat.: 10,4.

Détroit inférieur : AP : 7,4. — OG : 8,2. — OD : 8,1. — Bi-isch. : 8,7.

Sternum à sus-pubis : 38.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 3.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 2. N° 1. Squelette naturel de rachitique.

Scoliose dorsale à convexité droite avec scoliose lombaire compensatrice à convexité gauche, sans cyphose ni lordose.

Les dorsales, jusqu'à la 9e, forment la 1re courbure, les trois dernières et les lombaires, la 2e courbure.

Le membre supérieur gauche, qui reste seul, est déformé par le rachitisme.

La tête est celle d'un vieillard, hauteur totale 0, 94.

Les membres inférieurs sont extrêmement tordus : les fémurs à convexité externe, le tibia gauche à convexité antérieure, le droit à convexité interne.

Le bassin est très déformé, mais comme il contient, ainsi que le thorax, des restes de viscères, on ne peut le mesurer complètement.

Les ailes iliaques sont rejetées en avant et de par derrière on croirait le bassin en antéversion.

La symphyse est, au contraire, relevée, et un peu en bec de canard, très aplatie qu'elle est à gauche par la cavité cotyloïde, qui est presque en rapport avec le promontoire dévié de ce côté par la scoliose lombaire.

Donc, bassin laissant seulement une ouverture très peu large à droite et à peine une fente à gauche.

Bi-crêtes : 21. — Bi-épineux : 20. — IID : 14. — IIG : 12, 3.

AP : 4,5. — PSP : 6. — OG : 7,5.

Bi-sciat. : 7. — Bi-ischi. 7,5.

Sternum à sus-pubis : 32.

OBSERVATION ANATOMIQUE No 4

MUSÉE DE CLAMART

Vitrine 6, No 3. Squelette naturel de rachitique.

Scoliose dorsale à convexité droite et lombaire à convexité gauche sans cyphose ni lordose.

La tête est celle d'un vieillard.

Membres supérieurs assez longs et peu déformés : 61 cent.

Membres inférieurs très déformés, fémurs convexes en dehors, tibias en dedans.

La scoliose dorsale commence à la 2e dorsale et finit à la 2e lombaire.

Le sommet de la courbe est formé par les 9e et 10e dorsales.

La flèche a 7 cent. 5 à droite.

Les 4 dernières lombaires forment une scoliose compensatrice peu accentuée, le mouvement de torsion des corps vertébraux vers la gauche est cependant net.

L'aile iliaque gauche est surélevée de plus de 3 cent., elle est moins étalée que la droite. Le sacrum a basculé en arrière, le promontoire est sur une même horizontale que le sus-pubis.

L'aile sacrée gauche a 7 mill. de moins que la droite.

Les cavités cotyloïdes ont un peu déformé par pénétration le détroit supérieur ; la symphyse est plus saillante en avant que normalement.

L'ischion droit est plus bas que le gauche.

Donc bassin très déformé au détroit supérieur, surtout à gauche par déviation du promontoire en avant et à gauche et aplatissement au niveau du fond des cavités cotyloïdes surtout de la gauche.

Excavation et détroit inférieur moins touchés.

Bi-crêtes : 27,4. — Bi-épineux : 26,6. — IID : 14,3. — IIG : 14.

AP : 6,5. — PSP : 8. — OG : 10,6. — OD : 12. — Tr : 13,7.

Excavation : AP : 11,5. — OG : 10,5. — OD : 10,5. — Bi-sciat. : 11.

Détroit inférieur : AP : 7,3. — OG : 9,3. — OD : 9,9. — Bi-isch. : 10.

Hauteur totale : 1m12. Sternum à sus-pubis : 37.

Apophyses épineuses des dernières lombaires sur la ligne médiane.

OBSERVATION ANATOMIQUE No 5.

MUSÉE DE LA MATERNITÉ.

No 70. Squelette complet de rachitique scoliotique.

Tête : rien de particulier, la mâchoire inférieure manque.

Membres supérieurs courts, un peu déformés : 53 cent. Membres inférieurs très déformés mais égaux : 55 cent. Hauteur du squelette entier : 1 m. 17.

Légère scoliose droite des trois dernières dorsales et des trois premières lombaires, avec courbure de compensation à convexité gauche des deux dernières lombaires. Les deux mouvements de torsion sont marqués, si les courbures ne sont pas très accentuées.

Le côté gauche du bassin est déformé, aplati en avant par la cavité cotyloïde, et diminué en arrière par le promontoire qui fait saillie de ce côté.

L'aile iliaque droite est élargie, renversée en dehors. La gauche abrupte, d'avant en arrière.

La symphyse des pubis est en face le 1er trou sacré droit.

L'aile sacrée gauche a 3 cent. 5. La droite, 4 cent. 3.

Le sacrum est redressé en arrière presque horizontalement.

Le bassin est en antéversion.

Les sommets des apophyses épineuses des dernières lombaires est sur la ligne médiane.

Bi-crêtes : 24. — Bi-épineux : 23.2. — IID : 14.2. — IIG : 14.2. AP : 7,2. — PSP : 8,2. — OG : 10,4. — OD : 11,8 Tr : 13,7.

Excavation : AP : 8,6. — Bi-sciat. : 12,5.

Détroit inférieure : sSsP : 11. — OG : 9,3. — OD : 10,4. — Bi-isch. : 11,5.

Sternum à sus pubis : 42,5.

OBSERVATION ANATOMIQUE. N° 6.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 521. Squelette d'adulte ayant appartenu très probablement à une femme qui était rachitique à un haut degré. Scoliose dorso-lombaire. Courbure signoïde en S verticale très régulière.

« Sur ce squelette, tous les os sont légers, d'une grande fragilité, le tissu compact est en grande partie raréfié et les mailles du tissu spongieux dilatées.

Ce squelette appartient à la période dite de consomption rachitique. La hauteur de ce squelette dont les os sont contournés en divers sens est de 0,85 cent.

La courbure dorsale à convexité droite s'étend de la première dorsale à la dixième ; cinq de ces vertèbres, de la troisième à la septième ont perdu plus du tiers de leur hauteur du côté gauche. La courbure inférieure qui est la plus prononcée est constituée par sept vertèbres, les deux dernières dorsales, les cinq lombaires et le sacrum qui en continue la direction. Les corps des deux premières lombaires sont fortement taillés en biseau à droite. Le cou est incliné en sens inverse de la courbure dorsale et la tête est ainsi replacée dans la direction de l'axe normal. La ligne des apophyses épineuses présente trois courbures, c'est une exception assez rare. Cette pièce est un type de rachitisme : les membres sont tous déformés, les cavités cotyloïdes sont peu profondes, la tête fémorale paraît seulement leur être juxtaposée, elle a déterminé une voussure à l'intérieur du bassin qui rétrécit le détroit supérieur. La poitrine est aplatie du côté droit, et saillante à gauche, les côtés au niveau de chaque courbure, présentent les caractères qui leur sont propres ; du côté de la concavité, elles n'ont pas d'angle de torsion, elles sont rapprochées presqu'au contact en arrière, tandis qu'en avant les espaces intercostaux sont agrandis. Le sternum est oblique, l'appendice xyphoïde correspond à l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Les membres supérieurs et inférieurs sont courbés dans leur longueur, l'humérus droit plus courbe et plus court que le gauche à sa convexité en avant et en dehors. Les deux os de l'avant-bras sont grêles et pliés à concavité en dedans et en avant.

Les fémurs ont une direction telle que leur tête et les condyles regardent tous deux en dedans, ils décrivent donc une courbe à convexité antérieure et externe. Cette courbe n'est pas régulièrement symétrique ; elle est plus étendue du côté gauche. Ces os sont en outre aplatis de dedans en dehors, d'où résulte que la tête fémorale a une grande tendance à s'échapper

du côté du trou obturateur : il y a une espèce de demi-luxation Les condyles fémoraux présentent un agrandissement notable de leur diamètre transversal.

Le tibia et le péroné sont encore plus déformés que les fémurs, ils sont dans leur partie moyenne fortement aplatis d'avant en arrière et offrent une courbe à convexité interne et légèrement antérieure. Ils arrivent presque au contact dans leur partie moyenne et s'écartent, au contraire, inférieurement. Ils sont en outre plus larges proportionnellement que les fémurs. L'espace interosseux existe à peine dans le tiers inférieur et le pied est renversé sur son bord interne. Le calcanéum est porté en haut et en dehors. » (Catalogue du Musée).

Bassin très touché. D'abord la courbure lombaire a rapproché la 4e et 5e lombaire à 2 cent. de l'aile iliaque gauche, tandis qu'elles sont à plus de 6 cent. de la droite.

Il y a un certain degré de lordose, le sacrum a basculé en arrière et à droite faisant lui-même dans cette direction une courbure de compensation, de sorte que l'aile iliaque gauche est plus basse de 1 cent. et moins développée, plus antéro-postérieure que l'autre qui est transversale.

Bassin en cœur de carte, mais dont la partie gauche est plus petite, puisqu'elle loge à peine 2 doigts, tandis que la droite en tient facilement 3. (3 cent. 3 et 5 cent. 4).

Symphyse un peu déjetée en avant et à droite, située juste en face le premier trou sacré droit.

Bi-crêtes : 18. — Bi-épineux : 18,5. — IID : 11,5. — IIG : 11,5. AP : 6,6. — PSP : 7,5. — OG : 9,2. — OD : 9,3. — Tr : 11.

Excavation : AP : 7,8. — OG : 9. — OD : 8,5. — Bi-sciat. : 8,8.

Détroit inférieur : AP : 8,1. — OG : 8,3. — OD : 7,2. — Bi-isch. 8,1.

Du sternum au sus-pubis : 35,4.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 7.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 521 A. Squelette rachitique. Scoliose à 2 courbures.

« Ce squelette a très probablement appartenu à une femme qui est morte à un âge assez avancé, il a une hauteur de 111 cent. et les os sont à la période de réossification.

Il existe une scoliose de la colonne vertébrale à 2 courbures : La courbure supérieure dorsale est à convexité droite, elle est légèrement dominante, elle s'étend de la deuxième dorsale à la douzième et son sommet est au niveau de la huitième dorsale. Les corps vertébraux ont éprouvé un mouvement de rotation de gauche à droite et d'avant en arrière. La courbure lombaire quoique plus courte est aussi très prononcée et égale presque celle de la région dorsale. Les apophyses transverses de la concavité dorsale sont atrophiées, les articulaires ont dans certains points disparu, les trous de conjugaison sont diminués de capacité, l'inverse s'observe du côté de la convexité. Les côtés présentent la disposition commune à ce genre de déviation ; les droites sont plus larges et plus courtes, à gauche elles sont plus longues et plus minces.

De cette disposition résulte un aplatissement général du côté droit. Le sternum est grêle, son appendice xyphoïde correspond à l'articulation sterno-claviculaire droite. Les membres supérieurs sont peu déviés, les clavicules sont seulement un peu plus longues, plus droites et grêles. Les membres inférieurs sont proportionnellement aux supérieurs raccourcis, leur hauteur totale est de 56 cent. ; celui du côté droit est de 27 mm. plus court que le gauche. Cette différence de longueur des 2 membres porte sur le fémur et le tibia. Le fémur droit n'a que 22 cent. tandis que le gauche en a 25. Ils sont aplatis latéralement, mais cette déformation est encore beaucoup plus sensible à droite où l'altération fémorale paraît avoir été plus intense : les os sont peu volumineux. Les deux os de la jambe à droite

et à gauche sont aplatis d'avant en arrière, la trace des trois plans dont se compose ordinairement le tibia ne se retrouvait qu'à la partie supérieure et inférieure de ces os, ils offrent une courbe à convexité interne, un peu antérieure. Les pieds n'ont rien de particulier. » (PROF. DUPUYTREN).

La 4e lombaire est à 6 cent. à gauche, à 7,5 à droite de l'épine iliaque PS. Bassin incliné à droite de par la brièveté du membre inférieur de ce côté. Le sacrum fait une courbure de compensation scolio-lordotique s'en allant en arrière et à droite, le coccyx revenant vers la gauche.

L'aile iliaque droite est plus déjetée en dehors que la gauche.

L'aile sacrée gauche a 1 cent. de moins que l'autre.

Bi-crêtes : 25. — Bi-épineux : 24. — IID : 12,5. — IIG : 12.

AP : 8. — PSP : 9. — OG : 11. — OD : 11,5. — T : 13,5.

Excavation. — AP : 10. — Bi-sciat. : 12,5.

Détroit inférieur. – AP : 7. — Bi-isch. : 13,5.

Du sternum au sus-pubis : 39,5.

OBSERVATION ANATOMIQUE No 8.

MUSÉE DUPUYTREN.

No 253. Squelette d'une femme rachitique. Scoliose dorso-lombaire

« Ce squelette provient d'une femme déjà avancée en âge qui était atteinte de scoliose dorso-lombaire. Les os qui ont été profondément altérés par le rachitisme sont arrivés à la 3e période, période de réossification. Ils ont une consistance considérable et l'on constate sur les os longs du côté de la concavité des courbures. La colonne vertébrale présente aussi des stalactites osseuses qui ont dû s'opposer à une déviation plus considérable. La hauteur totale de ce squelette est de 1 m. 197 mm. La colonne vertébrale présente deux courbures, la supérieure dorsale dominante à convexité droite. Elle s'étend de la troisième dorsale à la douzième; son sommet est à la huitième : les corps verté-

braux sont affaissés du côté de la concavité. La courbure lombaire à convexité gauche est, relativement à sa longueur très prononcée, ce qui résulte de la torsion à gauche et en arrière des corps de la 2e et 3e lombaires. Les corps de ces vertèbres sont très affaissés du côté de la concavité et présentent de nombreuses stalactites osseuses qui ont soudé ces vertèbres et ont dû s'opposer au déplacement. En arrière, les apophyses épineuses présentent deux courbes assez régulières qui répondent à la déviation des corps vertébraux. Les côtes gauches projetées en avant refoulent les cartilages costaux qui ont fléchi, entraînant l'extrémité antérieure des côtes à laquelle ils adhèrent. Cette extrémité antérieure des côtes poussée en avant et en dehors figure une sorte de gibbosité antero-gauche. Le sternum bombé en avant s'est maintenu dans le plan du médium mais il n'est plus en face du rachis qui s'est dévié.

La courbe régulière du thorax à l'état normal, forme un ellipsoïde dont le grand diamètre est transversal : sous l'influence de la déviation dorsale, ce diamètre, sur cette pièce, est devenu oblique d'avant en arrière et de gauche à droite. Les vertèbres moyennes en se portant à droite ont rétréci la moitié postérieure du demi thorax de ce côté; convexité des côtes s'est exagérée en arrière des apophyses tranverses ou elles forment une sorte de cul-de-sac; en avant, leur courbure a diminué, ce qui a déterminé un aplatissement de la poitrine. Enfin l'obliguité des côtes concourt aussi au rétrécissement de la moitié du thorax.

A gauche, la poitrine s'est élargie en arrière, tandis qu'elle s'allonge en avant pour former la gibbosité antero-gauche.

Les os des membres supérieurs qui ne sont que légèrement affectés de rachitisme ont conservé leur volume et leurs dimensions normales.

Les os des membres inférieurs qui sont déformés sont diminués dans leur longueur et augmentés dans leur volume. Les 2 fémurs sont aplatis inférieurement de dedans en dehors et d'avant en arrière. Ils présentent à leur partie inférieure une courbe à convexité antérieure d'où résulte que les 2 genoux ne

sont pas rapprochés. La courbe n'est donc qu'une exagération de celle qui s'observe normalement sur ces os. Les têtes fémorales et le col qui est court forment avec le corps de l'os un angle droit ; elles se trouvent situées au-dessous du niveau du sommet du grand trochanter, d'où résulte pour la tête une demi-luxation ovalaire. Les condyles du fémur et du tibia sont volumineux. Leur grand diamètre est transversal et le pourtour des surfaces articulaires est limité par des végétations osseuses, volumineuses surtout pour les condyles fémoraux.

Les 2 tibias, ainsi que le péroné correspondant, ont leur volume ordinaire, mais ils offrent une courbe à convexité interne et postérieure au niveau de la partie moyenne de leur corps.

Les pieds n'offrent pas de déviations sensibles. »

(Catalogue du Musée).

Bassin en légère antéversion et latéroversion, 1 cent. de moins à gauche. Sacrum pas très porté en arrière, direction presque normale d'avant en arrière, mais vers la droite il continue la courbe lombaire.

Symphyse pubienne déviée vers la droite, en face du 1er trou sacré. Bassin assez large, mais nettement aplati à gauche.

Bi-crêtes : 26. — Bi-épineux : 26. — IID : 16. — IIG : 16.

AP : 10. — PSP : 11,2. — OG : 11,6. — OD : 12,2. — Tr. : 13.

Excavation : AP : 11,5. — OG : 12,2. — OD : 12. — Bi-sciat. : 10,8.

Détroit inférieur : AP : 9,2. — OG : 11. — OD : 10,8. — Bi-isch. : 11,3.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 9.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 516. Squelette d'un enfant rachitique.

« Ce squelette a été recueilli sur un enfant de 6 ans environ, atteint de scoliose lombaire unique. La hauteur totale de ce squelette est de 79 cent. La scoliose étant lombaire unique, à

convexité droite, la convexité lombaire et l'inclinaison du bassin sont dirigées dans le même sens. Les 4 dernières vertèbres lombaires décrivent un arc à convexité droite, dont le sommet se trouve situé entre le troisième et le quatrième corps, la flèche a 5 mm. en avant, le reste de la colonne vertébrale est sensiblement rectiligne. Les vertèbres paraissent à peine avoir moins de hauteur du côté concave.

En arrière, la courbure est plus longue qu'en avant, le sommet correspond à la première vertèbre lombaire, la flèche a 7 mm. elle est un peu plus longue que celle de l'arc antérieur.

Les côtes sont beaucoup plus rapprochées du côté courbé et en avant elles sont concaves à leur face externe. Les clavicules sont profondément déformées dans leur tiers interne où elles présentent une courbure assez brusque à convexité antérieure. Tous les os de ce squelette présentent les traces d'une grande vascularisation. Les extrémités articulaires sont à peine plus renflées qu'à l'état normal, mais la diaphyse, au lieu d'être lisse, est rugueuse. Dans certains points même le tissu compact est tellement raréfié qu'il manque. La diaphyse du tibia droit, du fémur gauche et la partie supérieure des deux cubitus présente une rainure transversale, saillante et n'occupant sur les deux premiers os qu'une partie de leur circonférence. Ces saillies sont évidemment le résultat de fractures consolidées. La fracture pour le tibia et le fémur, comme cela s'observe fréquemment, paraît avoir été incomplète, tandis qu'elle était complète pour les deux cubitus. Les membres supérieurs ne présentent que des déviations peu importantes. Les deux cubitus sont légèrement convexes en dehors. Les membres inférieurs sont beaucoup plus déviés, les deux fémurs sont convexes en avant et en dehors, d'où résulte que les genoux sont portés en dedans. Les deux tibias avec les péronés sont convexes en avant et en dedans et aplatis latéralement. L'espace interosseux dans sa moitié inférieure est très rétréci, dans certains points les os se touchent » (Catalogue du Musée).

Bassin d'enfant ; pas d'antéversion, mais bassin aplati d'avant

en arrière et sur les côtés; surtout le côté droit qui est aussi plus incliné.

L'aile iliaque droite est petite, très enroulée, la cavité cotyloïde est très enfoncée et vient à 1 cent. 3 des vertèbres lombaires: celles-ci sont inclinées de ce côté et l'aile sacrée est plus basse mais aussi grande que l'autre. Le sacrum est plutôt redressé.

La quatrième lombaire est à 2 cent. 5 à droite, à 3,7 à gauche de l'épine iliaque PS.

L'ischion gauche paraît plus bas de par l'écartement et le redressement de l'autre sous l'enfoncement de la cavité cotyloïde droite.

Bi-crêtes : 14. — Bi-épineux : 11,8. — ID : 7,3. IIG : 8.
AP : 4.2. — PSP : 5,5. — OG : 6. — OD : 4.4. — Tr. : 5.
Excavation : AP : 5. — Bi-sciat. : 2,8.
Détroit inférieur AP : 3.7. — Bi-isch. : 2.2.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 10.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 529 C. Squelette incomplet d'une femme adulte rachitique. Sclérose dorsale à convexité gauche.

« Sur ce squelette, les cinq premières vertèbres cervicales manquent, la colonne vertébrale présente une scoliose à deux courbures.

La supérieure dorsale à convexité gauche s'étend de la dernière cervicale à la neuvième dorsale ; l'inférieure dorso-lombaire à convexité droite s'étend de la neuvième dorsale à la cinquième lombaire. Ces deux courbures sont à peu près également prononcées et la dernière vertèbre dorsale est commune aux deux. La poitrine est aplatie dans sa partie moyenne du côté gauche, et saillante du côté droit, les côtes offrent la disposition commune à ce genre d'inclinaison de la colonne vertébrale, c'est-à-dire que du côté convexe, l'espace intercostal est sensiblement le même en avant et en arrière, tandis que du côté

concave, les côtes sont très rapprochées en arrière et écartées en avant, en outre, elles sont plus étroites.

La courbe régulière du thorax à l'état normal, forme un ellipsoïde dont le grand diamètre est transversal ; sous l'influence de la déviation dorsale, il est devenu oblique d'avant en arrière ou de droite à gauche.

Les membres inférieurs seuls existent, ils sont fortement déviés et se croisent en X au niveau des genoux, de telle sorte, que le pied de la jambe droite est à gauche et *vice versà.*

Les fémurs sont fort courbes, à convexité externe, les condyles volumineux ont acquis des diamètres transverses considérables.

Le tibia et le péroné de chaque côté sont aplatis d'avant en arrière dans leur partie moyenne et présentent une courbe à convexité interne et antérieure très prononcée, surtout à leur partie moyenne, où l'espace interosseux se trouve être nul. Les deux jambes forment assez bien un huit de chiffre, de sorte que leur extrémité inférieure se trouve être très rapprochée. Les pieds sont dirigés obliquement de haut en bas, du talon vers les orteils, leur surface plantaire regarde en arrière, ce qui fait supposer que la progression était impossible et que la couche plantaire ne reposait sur le sol qu'à condition que le sujet fut placé sur le dos » (Prof. Breschet. *Bul. de la Fac.* T. V, p. 246).

Bassin très aplati d'avant en arrière. Ailes iliaques en cornets d'oublies. Courbure lombaire marquée. La 4e et la 5e lombaires sont dans l'excavation, la 3e est à 3 cent. 5 de l'aile droite, à 6,7 de l'aile gauche.

Le bassin semble en antéversion d'après les ailes iliaques, mais ne l'est pas en réalité.

Lordose lombaire marquée. Mais sacrum presque horizontal.

Bi-crêtes : 21. — Bi-épineux : 20,2. — IID : 13,3. — IIG : 13.

AP : 3. — PSP : 5,2. — OG : 9. — OD : 9. Tr. : 9.

Excavation. — AP : 9,3. — Bi-sciat. : 7,5.

Détroit inférieur. — AP : 7,4. — Bi-isch. : 7.

Du sternum au sus-pubis, 43.

Sommet de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire déviée à droite.

OBSERVATION ANATOMIQUE No 11.

MUSÉE DUPUYTREN.

No 531. Squelette d'une vieille femme. Scoliose dorso-lombaire à convexité gauche.

« Tous les os de ce squelette sont éminemment rachitiques. Ils ont un aspect gris transparent qui indique leur peu de richesse en matière calcaire. La colonne vertébrale est affectée d'une scoliose à trois courbures : la supérieure cervico-dorsale à concavité droite et antérieure, est la moins étendue, elle commence au niveau de la partie inférieure de la région cervicale et se termine à la troisième dorsale. La seconde, la principale, est à convexité gauche, elle occupe les neuf dernières vertèbres dor sales, sa flèche est le double de la flèche lombaire, et de plus l'arc est oblique. Il résulte de cette disposition que la colonne dorsale et la tête sont entièrement en dehors de la verticale, qui passe à plus de 15 cent. du milieu de la concavité dorsale, quoique la flèche prise isolément ne soit que de 3 cent. La troisième courbure qui est à convexité droite et antérieure, a pour siège les vertèbres lombaires.

En arrière, la ligne des apophyses épineuses décrit trois courbes inégales, dont la première, convexe à droite, est très faible, et a son sommet vers la 3e dorsale. La 2e, la plus forte des trois, à convexité postéro gauche a son sommet vers la sixième dorsale. Enfin, la troisième dirigée dans le même sens que la première, a son sommet vers la deuxième vertèbre lombaire.

Les côtes du côté de la concavité dorsale, sont allongées, elles ont perdu leur obliquité, elles se touchent presque en arrière, du côté convexe, une disposition inverse s'observe, il n'y a pas d'ankylose. La poitrine est aplatie latéralement, saillante en arrière du côté convexe et en avant du côté opposé. Les déforma-

tions sont plus prononcées aux membres inférieurs, les supérieurs présentent néanmoins une déviation de tous les os longs; elle est plus manifeste pour les deux humérus, dont la partie inférieure offre une une courbe assez symétrique à convexité externe.

Les deux fémurs, dans leur déformation, ne présentent pas la même symétrie, celui du côté gauche offre une courbe à convexité externe, celui de droite est plié à sa partie supérieure au niveau du petit trochanter, d'arrière en avant.

Il résulte que leur direction est bien différente, l'un, le droit, dirige son extrémité condylienne en avant et en dehors, tandis que celle de gauche est dirigée en dedans. le col fémoral est court et forme, avec le corps un angle droit, la tête, trop volumineuse pour être logée dans la cavité cotyloïde fait saillie vers le trou ovalaire. Il existe une demi-luxation.

Les 2 tibias, ainsi que les péronés, sont également diversement contournés, ils sont aplatis latéralement et offrent une courbe assez régulière à convexité antérieure. Celle du côté gauche est plus prononcée que la droite, les pieds sont renversés sur leur bord interne. » (Catalogue du Musée).

Bassin très déformé dans tous les sens, peu d'antéversion, pas de latéroversion. Aile iliaque gauche plus large. Symphyse pubienne déviée à gauche. Cavités cotyloïdes déprimées en dedans. Forte courbure lombaire, la 5e lombaire est tout entière dans le bassin, la 4e affleure, par son bord supérieur, l'aile iliaque, elle est à 2 cent. 5 de l'aile iliaque droite et très en avant d'elle, à 5 cent. de la gauche.

Sacrum presque horizontal, le coccyx forme un crochet qui revient en avant.

L'aile sacrée droite a 1 cent. de moins que la gauche.

L'ischion droit est plus bas que l'autre.

Le sommet de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire est un peu dévié vers la gauche.

Bi-crêtes : 19,5. — Bi-épineux : 20,1. — IID : 13. — IIG : 12,2. AP : 4,6. — PSP : 5,7. — OG : 10.3. — OD : 8,9. — Tr : 11,7.

Excavation. — AP : 11,3. — OG : 9,2. — OD : 9,6. — Bi-sciat : 9,5.

Détroit inférieur. — AP : 7,4. — OG : 8,7. — OD : 9,3. — Bi-isch. : 9,1.

Du sternum au sus-pubis : 37,4.

---

§ 2. OBSERVATIONS DE SQUELETTE A RACHITISME PEU ACCENTUÉ.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 12.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 3. N° 1. Squelette naturel de rachitique.

Tête de vieillard inclinée un peu à gauche.

Membres supérieurs longs, peu déformés : 71.

Membres inférieurs également : 83.

Hauteur totale : 1 m.54.

Scoliose dorsale à convexité droite peu accentuée, avec légère scoliose lombaire gauche sans grande torsion.

Ni cyphose, ni lordose.

La troisième dorsale dévié vers la droite et la dixième est au point le plus externe à droite. Les lombaires sont très peu déviées.

Le bassin est en antéversion, il est très légèrement aplati à gauche.

La symphyse pubienne est presque sur la ligne médiane, elle est rugueuse, épaisse de 1 cent.5 et tend à former le bec.

Le sacrum est un peu relevé en arrière.

L'aile iliaque droite est un peu surélevée.

Le sommet des apophyses épineuses des dernières lombaires est su la ligne médiane.

Bi-crêtes : 27,3. — Bi-épineux : 24,6. — IIG : 16. — IID : 16,9.

AP : 9,1. — PSP : 11,8. — OG : 11,8. — OD : 12. — Tr : 13.

Excavation : AP : 12,1. — OG : 11. — OD : 11. — Bi-sciat : 9,2.

Détroit inférieur : AP : 5,5. — OG : 8,2. — OD : 8,2. — Bi-isch : 7,8.

Du sternum au sus-pubis : 46.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 13.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 3. N° 2. Squelette rachitique d'adulte.

Cyphose cervico-dorsale qui met le menton sur le sternum, puis scoliose dorsale droite à courbure longue et peu accentuée et scoliose lombaire à convexité gauche plus courte, mais aussi peu accentuée.

Membres supérieurs longs et grêles : 65 cent.

Membres inférieurs également : 77, 5.

Hauteur totale : 1 m. 35.

Bassin un peu en antéversion.

L'aile droite iliaque est plus mince.

La 4e lombaire est à 4 cent. 5 à gauche, à 5 cent. 5 à droite de l'épine iliaque PS.

Bi-crêtes : 27. — Bi-épineux : 25. — IID : 17. — IIG : 17,2.

AP : 10,8. — PSP : 12,4. — OG : 12,8. — OD : 12,8. Tr : 14.

Excavation : AP : 11,5. — OG : 12,2. — OD : 12,2. — Bi-sciat. : 10,6.

Détroit inférieur : AP : 7,3. — OG : 9,4. — OD : 9,4. — Bi-isch. : 10.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 14.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 5. N° 2. Squelette naturel de rachitique.

Scoliose dorsale à convexité droite avec scoliose lombaire à convexité gauche, pas de cyphose ni de lordose.

Tête inclinée à gauche.

Membres supérieurs longs, grêles, peu déformés : 61,5.

Membres inférieurs : les tibias sont convexes en dedans et sont plus touchés que les fémurs : 71 cent.

Hauteur totale : 1 m. 30.

La scoliose dorsale commence dès la 6e cervicale qui se dirige vers la droite, ce sont les 8e et 9e dorsales qui forment la partie la plus en dehors de la courbe. La 12e dorsale est sur la ligne médiane ; les vertèbres lombaires dévient fortement vers la gauche avec un mouvement de torsion qui met la 3e lombaire à 1 cent. de l'épine iliaque PSG et à 7 cent. 5 de la droite.

Bassin aplati d'avant en arrière mais surtout déformé à gauche. Le promontoire est rejeté vers ce côté. L'aileron sacré droit a 1 cent. et quelques millimètres de plus que le gauche.

La cavité cotyloïde a aplati et déformé le côté gauche en rejetant la symphyse pubienne vers la droite.

Le sacrum est presque horizontalement rejeté en arrière et un peu à droite.

L'aile iliaque droite est plus large et son épine AS déjetée très en dehors.

Bi-crêtes : 26. — Bi-épineux : 26,3. — ID : 15. — IG : 15.

AP : 8,5. — PSP : 10. — OG : 1,21. — OD : 13. — Tr : 14,6.

Excavation : AP : 9,9. — OG : 10,5. — OD : 11, 5. — Bi-sciat. : 11,8.

Détroit inférieur : AP : 7,4. — OG : 10. — OD : 9,7. — Bi-isch. : 11.

Du sternum au sus-pubis : 38.

Le sommet des apophyses épineuses des dernières vertèbres lombaires est sur la ligne médiane.

OBSERVATION ANATOMIQUE. N° 15.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 13. N° 1. Squelette naturel de rachitique

Scoliose dorsale à convexité droite avec scoliose lombaire gauche de compensation. Nilordose, ni cyphose.

Tête déviée un peu à gauche.

Membres supérieures longs et grêles : 66, 4

Membres inférieurs peu déformés aussi : 76.

Hauteur totale : 1 m. 45.

La 3e dorsale se dévie très fortement à droite, la convexité est occupée par les 7e et 8e. La 1re lombaire est sur la ligne médiane puis légère compensation.

La 5e lombaire est à 3 cent. à gauche, à 5 à droite de l'épine iliaque PS.

Bassin en antéversion, promontoire élevé. Symphyse légèrement déviée à gauche.

Bi-crête : 26. — Bi-épineux : 25. — IID : 15, 8. — IIG : 15, 8.

AP : 11, 4. — PSP : 13, 3. — OG : 11, 6. — OD : 12. — Tr. : 12, 8.

Excavation : AP : 11,3. — OG : 12. — OD : 12. — Bi-sciat. : 10,6.

Détroit inférieur : AP : 7. — OG : 9. — OD : 9,5. — Bi-isch. : 12.

Du sternum au sus-pubis 47, 4.

Le sommet de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire est sur la ligne médiane.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 16.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 4. N° 4. Squelette naturel de rachitique.

Tête de vieillard. Les membres supérieurs manquent.

Scoliose dorsale gauche avec courbure lombaire de compensation à convexité droite, sans cyphose ni lordose.

Membres inférieurs longs et grêles : fémurs peu touchés, tibias davantage, convexes en dedans : 74.

Hauteur totale : 1 m. 45.

La 8e dorsale est à la partie la plus saillante de la courbure dorsale.

La scoliose lombaire commence dès la 12e dorsale.

L'interligne articulaire de la 3e à la 4e lombaire est à 2 cent. 5 de l'épine iliaque PS droite, à 7 de la gauche. Les apophyses transverses sont relevées.

Le sacrum est dirigé en arrière et un peu en haut et vers la gauche, il y a un peu d'antéversion et de latéro-version. L'aileron sacré du côté droit est de 1 cent. plus court que l'autre.

Le promontoire est rejeté un peu à droite, laissant à sa gauche un espace plus large.

La symphyse des pubis est déviée à gauche et la cavité cotyloïde droite regarde plus en avant que la gauche.

Bi-crêtes : 24,8. — Bi-épineux : 23,8. — IID : 17. — IIG : 16,5.

Excavation. AP : 10,3. — OG : 11. — OD : 11. — Bi-sciat. : 9,6.

AP : 8,2. — PSP : 10,3. — OG : 11,3. — OD : 11. — Tr. : 13.

Détroit inférieur. AP : 7. — OG : 8,5. — OD : 9. — Bi-isch. : 9,5.

Du sternum au sus-pubis : 41.

Les apophyses épineuses des dernières lombaires sont sur la ligne médiane.

3. OBSERVATIONS DE BASSINS SCOLIOTIQUES.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 17.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

Bassin rachitique scoliotique C.

Bassin avec 2 dernières lombaires, coccyx, tiers supérieur des fémurs qui sont très arqués.

Scoliose lombaire à convexité gauche.

4e vert. lomb. distante de 3 cent. 4 à gauche, de 7 cent. à droite de l'épine iliaque PS.

Ailes iliaques larges, étalées, la droite un peu plus cependant.

L'aile sacrée gauche a 4 ou 5 mm. de moins que la droite.

Le promontoire est très avancé en avant, un peu dévié à gauche, un peu au-dessus d'une ligne horizontale partant du sus-pubis.

Le sacrum a sa position normale, il présente deux faux promontoires.

La cavité cotyloïde gauche est plus en avant que la droite. L'ischion est saillant et le détroit inférieur plus large de ce côté.

Apophyses épineuses sur ligne médiane.

Bi-crêtes : 27,3. — Bi-épineux : 25,6. — IID : 15,4. — IIG : 15,4.

AP : 5,6. PSP : 8. — OG : 10,3. — OD : 10,5. – Tr. : 12,6.

Excavation : AB : 7,5. — OD : 11,4, — OG : 11. — Bi-sciat : 10,4.

Détroit inférieur : AP : 7,2. — OD : 9,5. — OG : 10. — Bi-ischiat. : 11.

Bassin surtout déformé par le rachitisme.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 18.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

E. Bassin avec 4e et 5e lombaires. La 5e lombaire est unie intimement avec la 1re sacrée, et le promontoïre saillant est lombaire entre la 4e et la 5e.

Scoliose rachitique, convexité lombaire gauche. Tiers supérieur des deux fémurs qui présentent des marques de rachitisme.

La 4e lombaire est à 4 cent. 5 à gauche, à 7 cent. 5 à droite de l'aile iliaque.

Le sacrum est redressé, il y a un faux promontoire sacré au niveau de l'union de la 2e avec la 3e pièce.

L'aile sacrée gauche a 1 cent. 2 de moins que la droite.

Bassin aplati à gauche sans saillie du promontoire vrai, mais saillie élevée au faux promontoire lombaire vers la gauche.

De plus, bassin en entonnoir.

Aile iliaque droite plus étalée, donc épine iliaque AS renvoyée en dehors.

Bi-crêtes : 25. — Bi-épineux : 25,3. — Fx pr. AP : 9 2. — PSP : 11,7.

AP : 8.9. — PSP : 10,5. — OG : 10,6. — OD : 12,3.

Excavation : AP : 9,2. — OG : 10,5. OD : 11,3.

Détroit inférieur : sSsP : 8,1. — OG : 8,5. — OD : 8,5

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 19.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

F. 23. Bassin scoliotique rachitique.

Bassin sec avec 5 lombaires et 12e dorsale, ni coccyx, ni fémurs.

Scoliose lombaire à convexité gauche de compensation, car la 12e dorsale regarde, elle, très à droite.

Le 3e vertèbre lombaire est à 3 cent. à gauche, 7 à droite de l'épine iliaque PS.

L'aile sacrée gauche a 6 mill. de moins que la droite.

Bassin en cœur de carte, généralement rétréci, mais peu déformé par la scoliose.

Promontoire un peu dévié à gauche et en avant, situé au-dessous d'une horizontale partant du sus-pubis.

Apophyses épineuses sur ligne médiane.

Un peu, mais très peu aplati à gauche aussi bien au détroit supérieur qu'au détroit inférieur.

Bi-crêtes : 25. — Bi-épineux : 23,8. — IID : 14. — IIG : 14.

AP : 7,4. — PSP : 9,3. — OG : 11. — OD : 11. — Tr. : 12,4.

Excavation. — AP : 10,3. — Bi-sciat. : 11,6.

Détroit inférieur. — sSsP : 10,8. — Bi-ischiat. : 12.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 20.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

F. 35. Bassin scolio-rachitique.

Bassin avec cinq vertèbres lombaires, le coccyx, le tiers supérieur des deux fémurs qui sont touchés par le rachitisme et subluxés en avant.

La scoliose lombaire est à convexité gauche et de compensation probablement, car la 1re lombaire est sur la ligne médiane et inclinée vers la droite.

La 4e lombaire est à 6,2 à droite et 3,6 à gauche de l'épine iliaque PS.

Le sacrum un peu redressé est saillant au niveau de l'articulation de chacune de ses pièces.

Le promontoire est reporté en avant et à gauche.

Le bassin est fortement aplati à gauche.

La symphyse est un peu déviée vers la droite.

L'aile iliaque droite plus étalée.

Le détroit inférieur également plus large à droite.

L'aile sacrée gauche a 1 cent. de moins que la droite.

L'aile iliaque gauche est plus basse que la droite.

Bi-crêtes : 23,2. — Bi-épineux : 25. — IID : 15. — IIG : 14.

AP : 6,1. — PSP : 8,2. — OG : 10,3. — OD : 12. — Transv. : 13.

Excavation. — AP : 7,7. — Bi-sciat. : 10, 2.

Détroit inférieur. — AP : 9,2. — Bi-isch. : 9,9.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 21.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

Bassin 6. Scoliose rachitique.

Bassin avec trois dernières lombaires, coccyx et tiers supérieur des deux fémurs qui sont assez déformés.

Scoliose lombaire à convexité gauche.

La 4e lombaire est à 4 cent. à gauche, à 6 à droite de l'épine iliaque P. S.

Aile iliaque droite plus étalée. La gauche plus abrupte mais peu.

Aile sacrée gauche : 1 centimètre, 4 de moins que la droite.

Promontoire dévié à gauche et en avant. Situé sur une même ligne horizontale que le sus-pubis.

Sacrum assez renversé en arrière, union de ses différentes pièces saillante.

Bassin un peu plus aplati à gauche, mais généralement sur les côtés par l'enfoncement des cavités cotyloïdes.

Au niveau des attaches ligamenteuses sur les ischions se trouvent de petites crêtes osseuses saillantes.

Bi-crêtes : 25. — Bi-épineux : 24. — IID : 14.3. — IIG : 14,6.

AP : 7,8. — PsP : 9,5. — OG : 11. — OD : 11,3. — Tr. : 13.

Excavation : AP : 9,3. — OD : 9,6. — OG : 10,3. — Bi-sciat. : 11.

Détroit inférieur : AP : 11. — OG : 11. — OD : 10,7. — Bi-isch. : 12,8.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 22.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

Bassin II : Scoliose rachitique.

Bassin avec les deux fémurs très incurvés, le coccyx, les cinq lombaires, les 8 dernières dorsales et quelques côtes.

Scoliose lombaire à convexité gauche très accentuée.

La scoliose supérieure dorsale, à convexité droite est moins marquée. Fort mouvement de torsion en bas et en haut.

Les 3e et 4e vertèbres lombaires sont en contact à gauche avec l'aile iliaque.

Le promontoire est très dévié en avant et à gauche.

Le sacrum redressé en arrière presque horizontalement.

L'aile sacrée gauche mesure 2 cent. 5 ; la droite : 4 cent. 5.

L'aile iliaque gauche très abrupte contient pour ainsi dire, dans sa fosse interne, les 4e et 5e lombaires.

La cavité cotyloïde gauche a très déformé le côté gauche.

Bassin très petit et très déformé par le fait de la scoliose et du rachitisme.

Bi-crêtes : 18. — Bi-épineux : 17,4. — IIG : 12,4. — IID : 11,8.

AP : 5,7. — PSP : 8. — OG : 7,1. — OD : 9,3. — Tr. : 9,8.

Excavation. AP : 9,1. — Bi-sciat. : 7,9.

Détroit inférieur AP : 9. — Bi-isch. : 8.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 23.

MUSÉE DE LA MATERNITÉ.

N° 29. Bassin avec colonne vertébrale complète, les côtes, le sternum, les omoplates et les clavicules.

Scoliose dorsale à convexité droite.

Scoliose lombaire à convexité gauche.

Sans cyphose, mais avec un peu de lordose lombaire.

Toutes les dorsales jusqu'à la sixième sont à droite ; de la septième à la dixième, elles reviennent à gauche : les lombaires regardent et sont toutes déviées à gauche. Les deux dernières plongent dans le bassin.

L'aile iliaque droite qui est beaucoup plus large que la gauche, est attirée en dehors et en arrière.

La symphyse du pubis est très déviée à droite et est en face du premier trou sacré de ce côté.

Le promontoire est fortement porté en avant et à gauche.

L'aile sacrée gauche a un centimètre de moins que la droite.

L'horizontale partant du sus-pubis aboutit à l'union de la première avec la deuxième pièce sacrée.

La cavité cotyloïde gauche est plus en avant que la droite et son fond tend vers l'horizontale et regarde par conséquent en bas, en avant et en dehors.

L'ischion gauche présente des saillies osseuses à l'insertion des ligaments.

Bi-crêtes : 25,3. — Bi-épineux :25, — IID : 15. — IIG : 14,2.

AP : 6,7. — PsP : 9. — OG : 10,6. — OD : 11,8. — Tr : 12,8.

Excavation : AP : 8,8. — Bi-sciat : 9,9.

Détroit inférieur : sSsP : 14. — Bi-isch : 10,4.

Du sternum au sus-pubis : 48,4.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 24.

MUSÉE DE LA MATERNITÉ.

N° 80. Scoliose rachitique.

Bassin avec colonne lombaire, dorsale et deux vertèbres cervicales, quelques côtes et le sternum.

Scoliose dorsale à convexité droite.

Scoliose lombaire à convexité gauche.

A partir de la cinquième lombaire, le sacrum et le coccyx sont renvoyés en haut vers la droite et en bas vers la gauche.

Bassin très déformé d'avant en arrière et surtout sur les côtes. Les ailes iliaques ont la forme de cornets.

Les cavités cotyloïdes sont entrées profondément dans l'excavation, leur fond est même soulevé vers le haut.

Promontoire très bas dans l'excavation, à 4 cent. au-dessous de l'horizontale passant par le sus-pubis, qui est lui au niveau de l'articulation de la quatrième lombaire avec la cinquième.

Bassin très déformé d'avant en arrière et surtout sur les côtés.

Apophyses épineuses des dernières lombaires sur la ligne médiane.

Bi-crêtes : 21. — Bi-épineux : 20. — IID : 11,8. — IIG : 11,8.

AP : 7,5. – PSP . 8,7. — OG : 8,8. – OD : 8. — Tr. : 9

Excavation : AP : 12. — Bi-sciat. : 5, 3.

Détroit inférieur : AP : 7,3. — Bi-isch : 5,8.

Du sternum au sus-pubis : 32,4.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 25.

MUSÉE DE LA MATERNITÉ.

Basin N° 85. Scoliose rachitique.

Bassin avec trois lombaires.

Scoliose lombaire à convexité gauche.

La 4e lombaire est à 5,5 à droite, 4,6 à gauche de l'épine iliaque PS.

Aile droite plus étalée. Aile gauche plus abrupte.

Promontoire dévié en avant et à gauche.

Sacrum rugueux à l'union de ses différentes forces, faux promontoire sacré.

Le promontoire est sur une même ligne horizontale que le sus-pubis.

L'aile sacrée gauche a 1 cent. de moins que la droite.

Bassin très aplati d'avant en arrière, mais encore diminué a gauche par le fait de la scoliose.

L'ischion gauche revient bien en dehors, mais le côté droit est cependant peu modifié au détroit inférieur.

Bi-crêtes : 26. — Bi-épineux : 25,3. — IID : 14. — IIG : 14.

AP : 4,8. — PsP : 7. — OG : 10,3. — OD : 11. — Tr : 13.

Excavation : AP : 7,6. — OG : 10,6. — OD : 10,6. — Bi-sciat. : 10,3.

Détroit inférieur : sSsP : 10,3. — OD : 10. — OG : 10,4. — Bi-isch. : 10,6.

OBSERVATION ANATOMIQUE No 26.

MUSÉE DE LA MATERNITÉ.

Bassin No 26.

Bassin avec trois lombaires, pas de coccyx.

Scoliose lombaire à convexité gauche.

La 4e lombaire est à 3 cent. 5 à gauche et à 5 cent. 5 à droite de l'épine iliaque PS.

L'aile iliaque droite est plus allongée que la gauche.

La symphyse des pubis un peu reportée à gauche et présentant à gauche une épine osseuse très saillante dans le détroit supérieur.

L'aile sacrée gauche a 7 mm. de moins que la droite.

Le promontoire est dévié en avant et à gauche et un peu au-dessous de l'horizontale partant du sus-pubis (2 cent.).

Le côté gauche du bassin est légèrement aplati.

Bi-crêtes : 25. — Bi-épineux : 25,3. — IID : 15,4. — IIG : 15.

AP : 8,3. — PsP : 9,2. — OG : 11,3. — OD : 11,8. — Tr : 13.3.

Excavation : AP : 10,8. — OG : 11. — OD : 11,2. — Bi-sciat. : 12.

Détroit inférieur : sSsP : 10,8, — OG : 12. — OD : 9,8. — Bi-isch. : 11,8.

De l'épine osseuse au promontoire il n'y a que 7,8.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 27.

MUSÉE DE LA MATERNITÉ.

Bassin N° 90. Scoliose rachitique.

Bassin avec 3 lombaires, coccyx et tiers supérieur des 2 fémurs qui sont très touchés par le rachitisme.

Scoliose lombaire à convexité gauche.

Aile iliaque droite un peu plus étalée que la gauche.

Promontoire dévié en avant et à gauche. Le bassin, d'après la direction des fémurs étant très en antéversion, le sus-pubis est au-dessous du promontoire, sur une même verticale.

La symphyse est déviée vers la droite.

L'aile sacrée gauche a un centimètre de moins que la droite.

En suivant le sacrum de haut en bas, on rencontre deux faux promontoires puis le sacrum se relève en arrière.

L'ischion gauche est un peu redressé mais le détroit inférieur n'est cependant pas élargi de ce côté.

Bi-crêtes : 27. — Bi-épineux : 27,3. — ID : 15. — IG : 14.

AP : 8,2. — PsP : 10,3. — OG : 10,6. — OD : 11,8. — Tr. : 14.

Excavation : AP : 9. — OG : 11,5. — OD : 12,3. — Bi-sciat. : 11.

Détroit inférieur : sSsP : 12. — OG : 10,1. — OD : 10,6. — Bi-isch. : 11,7.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 28.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 488. Bassin épais, toutes les symphyses disjointes.

Légère scoliose lombaire à convexité gauche.

Sacrum plat, descendant verticalement en bas.

Très légèrement aplati à gauche.

Sommet des apophyses épineuses des dernières lombaires sur la ligne médiane.

Bi-crêtes : 28. — Bi-épineux . 26. — IID : 14,5. — IIG : 14,5.
AP : 8,5. — PsP : 11. — OG : 11. — OD : 11,4. — Tr : 13.
Excavation : AP : 8,3. Bi-sciat. : 11.
Détroit inférieur : AP : 9,1. Bi-isch. : 11.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 29

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 491. Bassin avec scoliose à gauche qui l'a un peu incliné de ce côté. Un peu d'arrêt de développement en avant, la symphyse pubienne est disjointe.

L'aile gauche du sacrum est un peu moins grande que l'autre de 2 ou 3 mill., et le bassin semble un peu et est réellement aplati à gauche.

La cavité cotyloïde gauche regarde en avant.

L'ischion droit est plus bas.

Bi-crêtes : 23,5. — Bi-épineux : 23,5. — IID : 14. — IIG : 14.
AP : 7. — PsP : 9. — OG . 10,3. — OD : 11. — Tr : 13.
Excavation. AP : 9,5. — OG : 11,3. — OD : 11 — Bi-sciat. : 11.
Détroit inférieur. AP : 8,7. — OG : 11. — OD : 10,5. — Bi-isch. : 12.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 30.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 496 B. L'opération de la symphyséotomie a été pratiquée pour extraire le produit de la conception, dit le catalogue (Prof. Laënnec).

Bassin de femme adulte rachitique.

Bassin sans anté ni la latéroversion, courbure lombaire se dirigeant vers la gauche.

La 3e et la 4e lombaire sont près de l'aile droite et regardent encore en avant, la 5e regarde à gauche et est 4 cent. plus près

de l'aile gauche que de l'aile droite. Elle vient également très en avant et le sacrum se relève beaucoup en arrière.

La symphyse pubienne très déviée vers la droite se trouve devant le 1er trou sacré de ce côté. La cavité cotyloïde gauche regarde presque en avant.

L'aileron sacré gauche a 1 cent. 5 de moins que le droit.

Le côté gauche est donc notablement aplati.

Le sacrum est convexe de droite à gauche, mais renvoyé en arrière.

Bi-crêtes : 24. — Bi-épineux : 25,5. — IID : 14. — IIG : 13,5.

AP : 6,8. — PsP : 9,5. — OG : 9,3. — OD : 11,3. — Tr : 12.

Excavation : AP : 8,9. — OG : 10. — OD : 11,5. — Bi-sciat. : 10,4.

Détroit inférieur : AP : 9. — OG : 9,4. — OD : 10,3. — Bi-isch. : 12 page 37.

Fig. 3 empruntée à l'ouvrage en cours de publication de MM. Tarnier et Budin (Bonnaire. *Bassins*).

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 31.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 518 I. Colonne vertébrale avec les côtes et le bassin. Scoliose dorso-lombaire.

« La courbure dorsale, dominante, très prononcée et à convexité droite s'étend de la 4e vertèbre dorsale à la première lombaire et elle a son sommet à la 9e, dont le corps est fortement taillé en coin du côté gauche et de la concavité. Les corps des 6e, 7e, 8e, 9e, 10e dorsales sont fortement portés dans la rotation de gauche à droite et d'avant en arrière. Les côtes du côté de la convexité sont un peu abaissées, tandis que celles de la concavité sont horizontales et beaucoup plus déformées.

Une petite courbure de compensation à convexité gauche existe au niveau des 4 dernières vertèbres lombaires. »

(M. Bouvier 1861).

Bassin tout à fait en antéversion. Le sus-pubis étant presque sur une même verticale que le promontoire.

Bassin généralement, mais peu retréci.

Bi-crêtes : 23. — Bi-épineux : 23, 5.

AP : 10, 6. — PSP : 13, 3. — OG : 11, 5. — OD : 11, 7. — Tr : 12, 8.

Excavation : AP 10,8. — OG : 10. — OD : 11.3. — Bi-sciat. : 9.

Détroit inférieur : AP : 6, 4. — OG : 8, 8. — OD : 8, 4. — Bi-isch. : 9.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 32.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 518 J. Tronçon de colonne vertébrale composée de la septième cervicale des douzes dorsales, des cinq lombaires et du bassin. Scoliose à 2 courbures.

« Les deux courbures sont à peu près égales. L'aorte a été injectée et comme l'artère est dilatée, elle présente une inflexion exagérée au niveau de la courbure supérieure aortique ; en bas sa direction ne paraît point avoir été influencée par la courbure lombaire. » (Prof Verneuil).

Pas d'anté ni de latéroversion. Courbure lombaire à convexité gauche.

La cinquième lombaire est à 6 cent. à droite, 3.5 à gauche de l'épine iliaque PS.

Bi-crêtes : 29,5. — Bi-épineux : 25,5 — IID : 15,3 — IIG : 16.

AP : 10,2. — PsP : 12. — OG : 12. — OD : 12,4. — T : 13,2.

Excavation : AP : 13. — OG : 11,3. — Bi-sciat : 9,5.

Excavation : AP : 7. — OG : 10,2. — OD : 9,5. — Bi-isch : 9,3

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 33.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 519. Colonne vertébrale avec quelques rudiments des côtes et le bassin. Scoliose dorso-lombaire.

« La courbure dorsale dominante est à convexité droite, elle s'étend de la 3e dorsale à la seconde lombaire, son sommet est au niveau de la neuvième dorsale dont le corps est fortement taillé en coin du côté de la concavité. Les corps des 6e, 7e, 8e, 9e, 10e et 11e dorsales ont exécuté un mouvement de rotation très accusé de gauche à droite et d'avant en arrière. Les côtes situées du côté de la concavité sont redressées, déformées, leur corps est triangulaire. Les trois dernières vertèbres lombaires présentent une légère courbure à convexité gauche. La tête était dans l'axe vertical de la colonne vertébrale » (M. Bouvier, 1861).

Au premier aspect, le bassin semble petit, surtout sur les côtés, la courbure lombaire est très accentuée et l'apophyse transverse de la 5e lombaire est relevée entre la crête iliaque et le corps de la vertèbre, atteignant la partie inférieure de la 4e.

L'aile gauche du sacrum a 1 cent. de moins que la droite.

Le bassin est en antéversion et le promontoire très élevé.

Bi-crêtes : 26,5. — Bi-épineux : 24,6. — IID : 14,3. — IIG : 15.

AP : 9,2. — PSP : 12. — OG : 10,5. — OD : 11. — Tr. : 12,2.

Excavation : AP : 10,3. — OG : 11. — OD : 11. — Bi-sciat. : 9,3.

Détroit inférieur. — AP : 6. — OG : 9,4. — OD : 8,3. — Bi-isch. : 10.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 34

MUSÉE DUPUYTREN

N° 520. Colonne vertébrale composée des deux dernières cervicales, des douze dorsales et des cinq lombaires avec le bassin et les côtes. Scoliose dorso-lombaire.

« La courbure supérieure ou dorsale dominante à convexité droite est très élevée et très prononcée. Elle commence à la première dorsale et a son sommet entre la sixième et la septième. Ces deux vertèbres sont fortement taillées en coin du côté de la concavité. La courbure inférieure est beaucoup plus courte. Les apophyses épineuses ne présentent qu'une courbure postérieure assez prononcée. Les côtes du côté de la concavité se touchent au niveau de leur partie postérieure : la plupart sont même ankylosées entre elles, déformées et triangulaires. » (M. Bouvier, 1861).

Bassin. Ni anté, ni latéroversion. Courbure lombaire pas très marquée. La 4e lombaire est à 4 cent. à gauche, 6,5 à droite de l'épine iliaque PS.

Ailes sacrées sensiblement égales, mais légère courbure de compensation vers la gauche de tout le sacrum.

La branche ischio-pubienne gauche est un peu plus courte.

Le bassin est assez large mais un peu plus aplati à gauche.

Le sacrum a un peu basculé en arrière.

Le sommet de l'apophyse épineuse ée la 5e lombaire est sur la ligne médiane.

Bi-crêtes : 28,2. — Bi-épineux : 24,6. — IID : 15. — IIG : 15.

AP : 11. — PsP : 12,5. — OG : 12,2. — OD : 12,8. — Tr. : 13,7.

Excavation : AP : 12. — OG : 13. — OD : 12,8. — Bi-sciat. : 11, 8.

Détroit inférieur : AP : 7,5. — OG : 10,4. — OD : 10,7. — Bi-isch. : 12.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 35

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 520 B. Colonne vertébrale avec le thorax et le Bassin. Scoliose anguleuse de la région dorsale.

« Sur cette pièce au premier examen, on pourrait croire qu'il s'agit d'un mal vertébral de Pott avec destruction partielle de plusieurs vertèbres. La sixième vertèbre dorsale réduite à un mince biseau en avant et à gauche n'offre aucune trace de lésion organique ; elle est seulement déformée par l'affaissement cunéiforme, porté au plus haut degré. La cinquième et la septième, en contact au delà de la sixième, sont coupées un peu obliquement ; le corps des autres vertèbres est presque normal.

Il résulte de cette disposition une courbure ou flexion anguleuse du rachis à convexité postéro-droite, comprenant presque toute la colonne dorsale. Les deux côtés de cette courbe sont si rapprochés que leurs prolongements en ligne droite se rencontrent sous un angle de 18 degrés et qu'il n'existe qu'un intervalle de 27 millimètres entre la première et la dixième dorsale.

La petite courbe en retour ramène incomplètement la région cervicale dans sa situation naturelle, et une lordose dorso-lombaire, accompagnée d'une légère concavité droite, replace les vertèbres inférieures dans la direction normale.

La giblosité de la partie postérieure droite du thorax, située très haut et près de la ligne médiane est courte et très proéminente. Le sternum est fortement convexe en avant.

La poitrine est très allongée, dans le sens antéro-postérieur, comme dans la cyphose. Les troisième, quatrième, cinquième sixième, septième et huitième côtes gauches ont perdu en arrière la plus grande partie de leur courbure et les deux tiers de leur largeur : elle se touchent presque et même sont imbriquées par leurs bords voisins. » (M. Bouvier).

4e lombaire à 10 cent. de la crête iliaque gauche ; à 11,5 de la droite.

Aileron sacré droit : 6,5. Aileron gauche : 6.

Léger aplatissement du bassin du côté gauche.

Bi-crêtes : 26. — Bi-épineux : 25. — IID : 17. — IIG : 25.

AP : 10. — PsP : 12,4. — OG : 12, 6. — OD : 12,8. — Tr. : 13.

Excavation : AP : 11. — Bi-sciat. : 8,5.

Détroit inférieur : AP : 7,8. — Bi-isch. : 8,4.

OBSERVATION ANATOMIQUE No 36.

MUSÉE DUPUYTREN.

No 520 C. Thorax. Colonne vertébrale incomplète et bassin d'un rachitique. Scoliose dorso-lombaire.

« La courbure dorsale qui est dominante est à convexité droite, il existe en outre une torsion considérable des corps vertébraux de gauche à droite et d'avant en arrière.

La courbure lombaire est peu marquée et à convexité gauche. Au côté droit, il n'y a plus que huit côtes, elles sont couchées obliquement par rapport à l'apophyse transverse. Cette direction est d'autant plus marquée que les côtes sont plus inférieures. La cinquième et la sixième sont appliquées sur la convexité de la colonne vertébrale. Les côtes gauches dans leur ensemble forment d'avant en arrière et en haut d'abord un plan convexe puis concave et enfin convexe. Les septième, huitième et neuvième côtes, qui correspondent au centre de la cavité, sont placées les unes au-devant des autres sur le même plan, de manière que la plus inférieure est aussi la plus antérieure. Le sternum est bouché en avant et oblique de gauche à droite. » (Catalogue du Musée).

Bassin très grand. Courbure lombaire peu marquée. Ailes iliaques bien conformées mais très minces.

Très légèrement aplati à gauche, les 2/3 antérieurs de la ligne innominée viennent en ligne droite de gauche en dedans.

Bi-crêtes : 27,3. — Bi-épineux : 24,6. — IID : 17. — IIG : 175.
AP : 12. — PSP : 13,2. — OG : 13,6. — OD : 13,8. — Tr. : 14,3.
Excavation : AP : 13,3. — OG : 12. — OD : 12,4. — Bi-sciat. : 10,8.

Détroit inférieur : AP : 9,6. — OG : 10,5. — OD : 10,3. — Bi-isch. : 10.

Du sternum au sus-pubis : 29,8.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 37.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 527 A. Tête, thorax, colonne vertébrale et bassin d'adulte. Scoliose à trois courbures.

« Sur cette colonne vertébrale, la courbure dorsale moyenne est à convexité gauche et très dominante. La courbure moyenne s'étend de la troisième dorsale à la première lombaire, son sommet correspond à la septième et huitième dorsale.

La rotation des vertèbres au niveau du sommet de la courbe est complète, l'apophyse transverse gauche regarde directement en avant, les corps vertébraux sont très affaissés du côté de la concavité. La courbure supérieure dirigée en sens inverse de la courbure moyenne est peu étendue et à convexité droite, elle a suffi pour ramener la tête vers la ligne médiane. La courbure lombaire qui occupe les quatres dernières vertèbres de cette région est à convexité gauche. Le sternum convexe en avant est dans le plan médian, mais il n'est plus en face du rachis qui à ce niveau, est dévié à droite. La courbe régulière du thorax à l'état normal forme un ellipsoïde dont le grand diamètre est transversal ; sous l'influence de la déviation dorsale sur cette pièce, il se trouve dans le plan antéro-postérieur. Les côtes sont redressées et allongées et la moitié postérieure du thorax est devenue un angle aigu. » (M. Marc Sée 1869).

Courbure lombaire assez marquée.

La cinquième lombaire est à 5 cent. 4 à gauche et à 6 cent. 4 à

droite de l'aile iliaque. Les deux ailes du sacrum sont sensiblement égales, mais la gauche est un peu plus basse que la droite.

Les deux ailes iliaques sont également larges et bien conformées.

Le bassin qui au premier abord, semble normal, est légèrement déformé à gauche ; tout ce côté est plus droit, formant un angle dont le côté postérieur serait formé par l'aile sacrée et un peu de l'aile iliaque et le côté antérieur oblique de gauche en avant par la partie antérieure de la ligne innominée. La symphyse pubienne est en face du premier trou sacré droit.

Bi-crêtes : 28,3. — Bi-épineux : 26,5. — ID : 16. — IG : 16.

AP : 10,6. — PsP : 12,8. — OG : 11,5. — OD : 12,6. — Tr. : 14.

Excavation : AP : 9,9. — OG : 10,4. — OD : 11,3. — Bi-sciat. : 10.

Détroit inférieur : AP : 7,1. — OG : 9. — OD : 8,7. — Bi-isch. 9,4.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 38.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 526. Bassin d'un homme de 66 ans rachitique.

Partie supérieure des fémurs légèrement aplatie.

Courbure lombaire peu prononcée.

L'aile iliaque droite est plus déjetée en dehors que la gauche. Le bassin est visiblement aplati à gauche du côté de la courbure de compensation.

La 4e lombaire est à 5 cent. 5 de l'aile iliaque gauche, à 8 de l'aile iliaque droite.

La symphyse pubienne est déviée à droite presque devant le 1er trou sacré droit.

L'aile sacrée gauche a 5 mm. de moins que la droite. Le bassin est assez large cependant.

Bi-crêtes : 29. — Bi-épineux : 26. — ID : 17,5. — IG : 17,5.

AP : 9,2. — PsP : 11,4. — OG : 12. — OD : 12,5. — Tr. : 13,8.

Excavation : AP : 12. — OG : 12,5. — OD : 12,5. — Bi-sciat. : 9,2.

Détroit inférieur : AP : 8,7. — OG : 11,3. — OD : 12,3. — Bi-isch. : 8,5.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 39.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 526 A. Colonne vertébrale avec le bassin et la partie supérieure des deux fémurs d'une femme adulte. Scoliose à trois courbures.

« Cette pièce a été recueillie sur une femme ; la colonne vertébrale présente une scoliose à trois courbures. La courbure supérieure à convexité gauche est peu prononcée. La moyenne dorsale, dominante à convexité droite est arrivée à une période avancée, sans qu'il se soit établi de courbure de compensation suffisante, ce qui donne au rachis la forme d'un équerre dont l'angle est arrondi et siège au niveau de la huitième dorsale. La tête se trouve portée à droite de la ligne médiane à une distance qui dépasse 20 cent. Les corps vertébraux qui sont affaissés au niveau de la concavité ont aussi éprouvé un mouvement de torsion de gauche à droite et d'avant en arrière. La courbure lombaire peu accusée est à convexité gauche. La partie supérieure des deux fémurs est un peu aplatie d'avant en arrière. » (Prof. Breschet).

Bassin large, peu touché, à peine aplati à gauche.

Antéversion notable, pas de latéroversion.

Ailes iliaques, minces, à peine déjetées.

Courbure lombaire peu marquée. La 4e lombaire est à 1 cent. plus près de l'aile iliaque gauche que de la droite.

Sacrum renversé en arrière, mais seulement de par l'antéversion pelvienne.

Symphyse pubienne légèrement déviée vers la droite.

L'aile sacrée gauche a 1 cent. de moins que la droite.

Le sommet de l'apophyse épineux de la 5e lombaire est plus rapproché de l'épine iliaque PS droite.

Bi-crêtes : 26. — Bi-épineux : 23,5. — IID : 14,5. — IIG : 14. AP : 10. — PsP : 11,3. — OG : 12. — OD : 12,8. — Tr. : 13,8.

Excavation : AP : 11,2. — OG : 11. — OD : 12. — Bi-sciat. : 9,8.

Détroit inférieur : AP : 6,2. — OG : 8,8. — OD : 9,6. — Bi-isch. : 9,5.

Du sternum au sus-pubis : 33.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 40.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 526 B. Colonne vertébrale avec le bassin et la partie supérieure des deux fémurs d'une femme adulte. Scoliose à trois courbures.

« La courbure supérieure de la colonne vertébrale est à peine indiquée et à convexité gauche, elle occupe les deux dernières cervicales et la première dorsale. La courbure dorsale très prononcée, dominante, à convexité droite, s'étend de la deuxième dorsale à la première lombaire ; son sommet est au niveau de la septième dorsale ; il existe un mouvement de torsion considérable qui fait que les corps des huitième, neuvième et dixième dorsales regardent à droite et en arrière ; il en résulte une gibbosité considérable.

Les corps vertébraux du côté de la concavité sont affaissés, et par suite les côtes, devenues triangulaires, sont relevées ; elles se touchent et quelques-unes sont ankylosées entre elles.

La courbure lombaire à convexité gauche occupe les quatre dernières vertèbres. En arrière, les apophyses épineuses ne présentent que deux courbures. La tête était dans la verticale, ce qui est dû à la longue branche inférieure de la courbure dorsale. » (Catalogue du Musée).

Bassin très large, en antéversion. Aile iliaque droite aplatie et déjetée en dehors.

La symphyse pubienne est déviée à droite et devant les trous sacrés de ce côté.

La 4[e] vertèbre lombaire est à 4 cent. à gauche, à plus de 10 à droite de l'aile iliaque.

Bassin très large, mais néanmoins aplati à gauche.

Bi-crêtes : 27,3. — Bi-épineux : 25,2. — IID : 16,4. — IIG : 16,4.

AP : 13. — PsP : 14,8. — OG : 12,4. — OD : 13,6. — Tr. : 14,7.

Excavation : AP : 13,1. — OG : 12. — OD : 12,5. — Bi-sciat. : 9,6.

Détroit inférieur. AP : 6,9, — OG : 10. — OD : 10,3. — Bi-isch. : 10,6.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 41.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 526 C. Thorax, colonne vertébrale et bassin avec la partie supérieure des deux fémurs. Scoliose à trois courbures, les deux courbures inférieures dominantes sont presque égales.

« Cette pièce a été recueillie sur une jeune femme adulte. Les premières vertèbres dorsales présentent une courbure peu accusée et peu étendue, à convexité gauche. La seconde courbure, la principale, dominante, à convexité droite, a 6 cent. de flèche en avant et 31 mm. en arrière.

Les deux côtés de la courbure ont pris une direction presque horizontale, le sommet de la courbure est au niveau de la huitième dorsale, dont le corps est fortement taillé en biseau du côté de la concavité. Les septième, huitième et neuvième dorsales sont soudées du côté concave de la courbure, dont elles forment le milieu. La courbure lombaire à convexité gauche, a son sommet au niveau du corps de la deuxième vertèbre qui est fortement taillée en coin du côté de la concavité.

Le sternum, légèrement bombé en avant, est abaissé.

La cavité thoracique est modifiée dans sa forme et ses dimensions. La partie moyenne de la colonne vertébrale, en se rapprochant des côtes droites, a rétréci le demi-thorax correspondant dans presque toute sa hauteur mais surtout au milieu. La capa-

cité totale de la poitrine est évidemment diminuée. » (M. Bouvier, 1861).

La quatrième lombaire est à 5 cent. à gauche, à 8 à droite de l'aile iliaque.

Les 2 ailes iliaques et les 2 ailerons sacrés sont sensiblement égaux. La symphyse pubienne est à peine déjetée de 1 cent. 5 vers la droite.

Bi-crêtes : 26,3. — Bi-épineux : 23,5. — IID : 16,4. — IIG : 16,2.
AP : 11,8. — PsP : 13,2. — OG : 13. — OD : 13. — Tr : 14.
Excavation : AP : 12.6. — Bi-sciat. : 11.
Détroit inférieur : AP : 8,5. — Bi-isch. : 15,5.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 42

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 526 D. Colonne vertébrale avec le bassin et la partie inférieure des deux fémurs. Scoliose dorso-lombaire.

« La colonne vertébrale présente une courbure en S, la branche supérieure de la courbure dorsale qui est dominante est très allongée et la colonne vertébrale, dans sa généralité est inclinée à gauche et en avant. Le sommet de cette courbure est au niveau de la dixième dorsale, il est donc très bas, ce qui donne cette exagération de longueur à la branche supérieure de la courbure. La courbure lombaire très prononcée est à convexité gauche et les corps vertébraux de cette région, surtout ceux de la seconde et troisième vertèbre lombaire, ont éprouvé un mouvement de rotation considérable d'avant en arrière et de droite à gauche. La courbure lombaire est constituée par le sacrum qui est porté à droite. Les corps vertébraux à la région dorsale et à la région lombaire sont ankylosés du côté de la concavité par des stalactites osseuses périphériques. » (M. Bouvier 1861).

Bassin très déformé : La courbure lombaire est si accentuée, et a tellement rapproché la 5e lombaire de l'épine iliaque, que l'apophyse transverse est redressée entre la crête iliaque et

la 5e vertèbre atteignant le 1/4 supérieur de la 4e lombaire.

L'aile gauche du sacrum a un bon centimètre de moins que la droite et est abaissée de telle sorte que les trous sacrés ne sont pas sur une ligne horizontale. La symphyse pubienne est déjetée à droite et est juste en face le 1er trou sacré droit.

Tout le côté gauche est aplati.

Bi-crêtes : 26,3. — Bi-épineux : 24,1. — IID : 15,2. — IIG : 15,2.

AP : 7. — PsP : 9. — OG : 10,5. — OD : 11,2. — Tr. : 12,5.

Excavation : AP : 9,4. — OG : 11,5. — OD : 11,5. — Bi-sciat. : 10,3.

Détroit-inférieur : AP : 8,4. — OG : 9,8. — OD : 9,6. — Bi-isch. : 9,5.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 43.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 529 A. Colonne vertébrale. Bassin et portion supérieure des deux fémurs d'un homme adulte ; scoliose dorso-lombaire, la courbure lombaire dominante, à convexité gauche.

« La colonne vertébrale présente, avec le sacrum, une élévation d'environ 65 cent., la courbure cervicale est à peine sensible ; il existe donc une scoliose à trois courbures. Les courbures dorsales et lombaires sont égales en intensité ; la première est à convexité gauche, la seconde à convexité droite. La courbure dorsale occupe toutes les vertèbres de cette région, mais elle est surtout prononcée vers sa partie inférieure ; le mouvement de torsion est accusé, ce qui fait que la partie supérieure de la colonne vertébrale est en même temps portée en avant où elle offre une espèce de courbe à concavité antérieure : Il y a donc un degré de cyphose assez accusé. Du côté de la concavité dans la région dorsale dans le point ou la courbe est la plus prononcée, le corps des vertèbres est diminué de hauteur, creusé en gouttière et il existe des stalactites saillantes sous forme de bourre-

let tranchant. Cette disposition se retrouve à l'état rudimentaire dans la région lombaire. »

(Professeur Breschet)

Bassin épais, allongé d'avant en arrière, pas de latéro-version. Antéversion normale. Courbure lombaire dirigée à droite.

La 4e lombaire est à 4 cent. 5 à droite, à 6 cent. 5 à gauche de l'épine iliaque PS.

Sacrum peu basculé en arrière. Promontoire saillant surtout à droite, avec saillie plus évidente produite par l'écrasement de la 5e lombaire et de la 1re pièce sacrée.

L'aile sacrée droite a 1 cent. de moins que la gauche.

Bi-crête : 27. — Bi-épineux : 23, 4. — IID : 16, 5. — IIG : 17.

AP : 12. — PsP : 13, 5. — OG : 11, 7. – OD : 12, 2. — Tr. : 12, 2.

Excavation : AP : 13. — OG : 11,3. — OD : 12. — Bi-sciat. : 8,5.

Détroit inférieur : AP : 8. — OG : 9. — OD : 9. — Bi-sch. : 8,2.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 44.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 535. Colonne vertébrale d'adulte avec le bassin et la moitié postérieure des côtes, scoliose à trois courbures.

« Sur cette colonne vertébrale, la courbure de la région lombaire à convexité gauche est la plus prononcée. Tous ces os ont été atteints profondément par le rachitisme, leur surface extérieure est rugueuse, inégale, couvertes de plaques osseuses dans presque tous les points de leur étendue ; ils appartiennent à la troisième période, à celle de réossification, ils présentent un certain degré d'hypertrophie.

La courbure lombaire qui est à convexité gauche s'est probablement produite la première, elle est très dominante, la colonne vertébrale est en grande partie portée à droite de son axe avec lequel elle forme un angle de 40 degrés environ. Les deux tiers supérieurs de la colonne sont fortement inclinés à

droite. La courbure lombaire comprend les trois premières vertèbres lombaires et la dernière dorsale : la flèche est de 45 mill. en avant, de 15 mill. en arrière et le sommet est situé au niveau de la 2e lombaire qui a perdu, ainsi que les 2 vertèbres voisines, plus de la moitié de sa hauteur.

Les deux courbures supérieures dorsales sont peu prononcées, elles sont à peu près égales, la flèche de la moyenne n'a qu'un cent. en avant et 5 mill. en arrière.

La tête se trouve portée en avant et à droite à 15 cent. de la ligne médiane. Les côtes présentent des déviations en rapport avec les courbures de la colonne vertébrale, mais elles sont remarquables par le nombre considérable de fractures qu'elles présentent et qui sont dues au rachitisme.

A droite, ces fractures occupent les 6e, 7e, 8e, 9e et 10e, à l'union de leur tiers moyen avec leur tiers postérieur. A gauche, les fractures siègent sur les 4e, 5e, 7e, 8e, 9e, 10e et 11e côtes. Sur quelques-unes, les fractures sont multiples.

La plupart sont consolidées et les fractures se reconnaissent à une petite saillie. » (Catalogue du Musée).

Bassin légèrement en rétroversion, le sus-pubis étant en face de la 5e lombaire. Bassin étroit, aplati à gauche surtout.

Ailes du sacrum sensiblement égales, bien que la courbure lombaire soit très marquée. La 3e lombaire est à 1 cent. 5 à gauche, à 8,5 à droite de la crête iliaque.

Bi-crêtes : 30,3. — Bi-épineux : 27,6. IID : 16,5. — IIG : 16.

AP : 10,1. — PsP : 11,8. — OG : 12,2. — OD : 12,4. Tr. : 13,3.

Excavation : AP : 11,8. — OG : 12,5. — OD : 12,8. — Bisciat. : 10,5.

Détroit inférieur : AP : 9. — OG : 9,6. — OD : 9,4. — Bisch. : 9,8.

De la 1re côte au sus-pubis : 26.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 45.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

F 22. Scoliose rachitique.

Bassin avec moitié supérieure des 2 fémurs grêles et peu déformés et trois vertèbres lombaires.

La 4e vert. lombaire est à 5 cent. à gauche, à 6 cent. à droite de l'épine iliaque PS.

Le sacrum est redressé horizontalement jusqu'à l'union de la deuxième avec la troisième pièce puis replié en bas et en avant.

Bassin aplati à gauche surtout, mais généralement des deux côtés.

Les deux ailes sacrées sont atrophiées, la droite n'a que 3 cent. la gauche à peine 2 cent.

Promontoire plongeant dans le bassin au-dessous d'une ligne horizontale passant par le sus-pubis.

Donc bassin plus déformé, mais encore plus à gauche, et un peu resserré au détroit inférieur, après s'être élargi un peu dans l'excavation au moins d'avant en arrière.

Bi-crêtes : 21,5. — Bi-épineux : 18.

AP : 8. — PsP : 9,2. — OG : 9,5. — OD : 10,8. — Tr. : 9,2.

Excavation : AP : 12,9. — OG : 9,5. — OD : 9,2. — Bi-sciat. : 7.

Détroit inférieur. : AP : 7,2. — OG : 8. — OD : 7. — Bi-isch. : 6,3.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 46.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

F 24. Bassin rachitique scoliotique.

Bassin avec les 2 fémurs, les 5 lombaires et les coccyx.

Fémurs égaux incurvés par le rachitisme, subluxés en avant.

Scoliose peu accentuée des lombaires avec convexité à droite il y a aussi un certain degré de lordose.

Les deux ailes iliaques sont aplaties, déformées et les fosses iliaques dirigées en haut et en avant.

La 5e lombaire fait saillie dans le bassin et à droite mais se dirige en arrière d'une façon assez marquée.

Le promontoire est donc reporté en arrière et est sur une ligne horizontale passant par le sus-pubis.

Le sacrum est presque horizontal jusqu'à la 3e pièce qui redevient verticale ainsi que le coccyx.

L'aile sacré droite a 7 millimètres de moins que la gauche.

Bassin en cœur de carte à jouer, mais côté droit plus rétréci. Ischion droit assez saillant en dehors au-dessous de la cavité cotyloïde.

Apophyses épineuses sur ligne médiane.

Bi-crêtes : 24. — Bi-épineux : 23,3. — IID : 12,3. — IIG : 13.

AP : 6,3. — PsP : 6. — OG : 9,8. — OD : 9,1. Tr. : 11,5.

Excavation : AP : 10,2. — Bi-sciat. : 10.

Détroit inférieur : sSsP : 9. — Bi-ischiat. : 11.

Si l'on prend le diamètre antéro-postérieur au niveau de la partie médiane de la 5e lombaire, on trouve 4,3.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 47.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

Bassin scoliotique rachitique A.

Bassin avec les trois dernières lombaires et le coccyx, ainsi que la partie supérieure (tiers environ) des deux fémurs qui sont fortement courbés en avant et en dehors.

Scoliose lombaire droite. Pas de lordose.

Les trois vertèbres lombaires qui restent sont assez inclinées à droite, la troisième seule regarde à droite et en avant.

Distance de la quatrième lombaire à l'épine iliaque PS :

3, 5 à droite, 5,5 à gauche.

L'apophyse transverse droite de la cinquième lombaire est un peu relevée. L'aile sacrée droite a 1 cent. de moins que la

gauche. Le promontoire est dévié à gauche et de 2 ou 3 cent. plus bas que le sus-pubis.

L'aile iliaque droite est plus abrupte que la gauche qui est étalée, attirée latéralement par les ligaments.

Tout le bassin présente un mouvement de torsion qui renvoie un peu en avant la cavité cotyloïde gauche. La droite a aplati le côté correspondant du bassin. Mais l'ischion de ce côté est revenu en avant et si au détroit supérieur le bassin est nettement et notablement rétréci à gauche, il est élargi au détroit inférieur à droite.

AP : 7,3. — PsP : 9. — OG : 12,5. — OD : 11. — Tr. : 13,7.

Bi-crêtes : 27,6. — Bi-épineux : 25. — IIG : 15,6. — IID : 16.

Excavation : AP : 9,6. — Bi-ép. sciat. : 12.

Détroit inférieur : AP : 9,6. — Bi-isch. : 14.

Symphyse pubienne sur ligne médiane.

Apophyses épineuses de quelques mm. déviées à gauche.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 48.

MUSÉE DE LA MATERNITÉ.

Bassin N° 21.

Bassin avec coccyx et colonne vertébrale (5 lombaires et 12 dorsales ; bassin assez résistant et épais.

Scoliose dorso-lombaire à convexité gauche marquée avec torsion.

La partie supérieure de la colone dorsale est inclinée à droite. C'est la 12e dorsale qui occupe le sommet de la convéxité gauche.

Les deux dernières lombaires reviennent fortement vers la droite et leur mouvement de torsion fait regarder leur corps de ce côté. Donc première scoliose dorsale lombaire gauche et deuxième scoliose purement lombaire à convexité droite.

Le promontoire est sur une même ligne horizontale que le sus-pubis.

L'aile sacrée gauche a quelques milimètres de moins que la droite.

Apophyses épineuses des dernières lombaires sur la ligne médiane.

Sacrum rugueux à l'union de ses différentes pièces.

Aile iliaque droite plus large, plus étalée.

Bassin surtout touché par le rachitisme. Le promontoire fait cependant une plus forte saillie de par le fait de la torsion de la cinquième lombaire qui est éloignée de 4 cent. 5 de l'épine iliaque PS droite et de 6, 5 de l'épine iliaque PS gauche.

Bi-crêtes : 27,3. — Bi-épineux : 26,3. — IID : 15. — IIG : 15.

AP : 7,8. — PSP : 10. — OG : 12. — OD : 12. — Tr : 14,6.

Excavation : AP : 10,4. — Bi-sciat. : 11,2.

Détroit inférieur ; AP : 9, 2. — Bi-isch. : 10,8.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 49.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 496 A. Bassin en rétroversion, la symphyse pubienne déborde le promontoire d'un bon centimètre. Pas de latéroversion.

La courbure se fait peu à peu vers la droite et la 5e lombaire est plus rapprochée à 1 cent. 5 de l'aile droite.

L'aileron sacré droit est moins grand de près de 1 cent.

Le sacrum est redressé en avant et presque vertical.

La symphyse pubienne est vis-à-vis, mais au-dessus du 1er trou sacré gauche.

La cavité cotyloïde droite regarde plus en avant que la gauche. Il y a un peu de lordose.

Donc, bassin très en cœur de carte, mais notablement plus petit à droite.

Bi-crêtes : 23,6. — Bi-épineux : 22,8. — IID : 13,2. — IIG : 14.

AP : 5,2. — PsP : 7,2. — OG : 10,8. — OD : 9. — T : 11,6.

Excavation. AP : 8,4. — Bi-sciat. : 10,5.

Détroit inférieur : AP : 8,5. — Bi-isch. : 10,5.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 50.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 518 A. Colonne vertébrale d'un jeune enfant avec le bassin et la partie supérieure des deux fémurs : scoliose à 2 courbures occupant la région dorsale.

« La première courbure à convexité gauche, s'étend de la seconde dorsale à la septième, la seconde plus courte à convexité droite, s'étend de la 8e dorsale à la 11e. La partie inférieure de la colonne vertébrale est droite. Les apophyses épineuses ne présentent qu'une courbure. » (Catalogue du Musée).

Bassin petit, très déformé, aplati dans tous les sens, surtout latéralement.

Bi-crêtes : 15. — Bi-épineux : 13,8. — IIG : 11. — IID : 11.

AP : 4,2. — PsP : 5,7. — OG : 6,4. — OD : 6,2. — Tr. : 5,5.

Excavation ; AP : 7,8. — Bi-sciat. : 3,5.

Détroit inférieur ; AP : 2,5. — Bi-isch. : 3,2.

De la 1re côte au sus-pubis : 34 cent.

Sommet de l'apophyse épineuse de la dernière lombaire sur la igne médiane.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 51.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 527. Colonne vertébrale avec le bassin et les côtes. Scoliose à trois courbures.

« Sur cette pièce, la courbure lombaire à convexité droite est très faible et très courte et la corde de la dorsale inférieure dominante, très oblique ou presque horizontale. Le rachis ne figure plus un vilebrequin, mais une spirale qui est complète quand il existe comme sur cette pièce, un rudiment de 4e courbure. La colonne vertébrale légèrement arquée à la région lombaire, s'élève obliquement à partir du sacrum et vers la seconde

lombaire se trouve complètement en dehors de la ligne médiane, elle ne s'écarte que de 3 cent. environ. La colonne se recourbe ensuite de gauche à droite vers la neuvième dorsale, revient vers la ligne médiane qu'elle coupe et se place du côté opposé où elle décrit une courbe à convexité antérieure et droite, puis se recourbe d'arrière en avant et de droite à gauche. Elle se relève ensuite en se dirigeant vers la ligne médiane avec laquelle elle se confond.

Cette déviation complexe est assez rare. La corde dorsale est courte, elle a 3 cent., de sorte que les premières lombaires et les dernières dorsales qui prolongent l'extrémité inférieure de l'arc, se trouvent très rapprochées.

Ces vertèbes éprouvent, en outre, un mouvement de rotation assez marqué, les inférieures de droite à gauche.

La combinaison des courbures dorsales et lombaires tord le rachis en tire-bouchon. » (M. Bouvier, 1861).

Courbure lombaire dirigée à droite et en arrière. La 5e lombaire regarde à droite et en avant.

L'aile sacrée gauche a quelques millimètres de plus que la droite.

Bassin allongé d'avant en arrière, mais aplati sur les côtés.

L'aile iliaque gauche est un peu déjetée en dehors.

Bi-crêtes : 24,2. — Bi-épineux : 21,2. — IID : 15. – IIG : 15.

AP : 11,7. — PsP : 13,8. — OG : 11,7. — OD : 11,2. — Tr. : 12.

Excavation : AP : 12,3. — Bi-sciat. : 9,5.

Détroit inférieur : sPsP : 10,2. — Bi-isch : 11,2.

De la 1re côte au sus-pubis : 32 cent.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 52

MUSÉE DUPUYTREN

N° 530. Colonne vertébrale avec le bassin-scoliose a trois courbures.

« Sur cette colonne vertébrale on constate que la courbure moyenne dorsale dominante est à convexité gauche.

La colonne vertébrale dans son ensemble est inclinée en arrière. La déformation qui résulte de ces courbures appartient à la variété décrite par M. Bouvier en vilebrequin.

La courbure supérieure peu étendue, à convexité droite et antérieure commence à la cinquième cervicale et se termine à la 2e dorsale. La courbure moyenne dorsale très dominante à convexité gauche s'étend de la 3e dorsale à la 12e, son sommet correspond à la 8e dorsale ; le corps des 6e, 7e, 8e et 9e dorsale est fortement taillé en biseau du côté de la concavité, les vertèbres ont en outre éprouvé un mouvement de torsion très accusé, de droite à gauche et d'avant en arrière.

La courbure lombaire occupe les cinq vertèbres de cette région ; elle est assez prononcée et à convexité droite et antérieure » (M. Bouvier, 1861).

Bassin un peu aplati d'avant en arrière et un peu à droite.

Pas d'anté ni de latéroversion.

Ailes iliaques minces, la gauche un peu plus déjetée en dehors que la droite.

La 4e lombaire est à 3 cent. 5 à droite, à 5 cent. 8 à gauche de l'aile iliaque.

Le sacrum est normalement situé mais son aile droite a 1 cent. de moins que la gauche.

La symphyse pubienne est déviée vers la gauche.

Bi-crêtes : 25,5. — Bi-épineux : 25. — IID : 14,2. — IIG : 15.

AP : 9,4. — PsP : 11,7. — OG : 12. — OD : 11,2. — Tr. : 12.8.

Excavation : AP : 11,5. — Bi-sciat. : 11,3.

Détroit inférieur : AP : 11. — Bi-isch. : 11,2.

§ 4. OBSERVATIONS DE SQUELETTES ET BASSINS SEULS OU LA DÉFORMATION DUE A LA SCOLIOSE NE SIÈGE PAS DU COTÉ DE LA COURBURE LOMBAIRE PRÉDOMINANTE.

OSERVATION ANATOMIQUE N° 53.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 524. Squelette de femme adulte rachitique dont la colonne vertébrale et les membres supérieurs sont déviés, scoliose dorso-lombaire. La lombaire à convexité gauche dominante.

« Les os sont atrophiés et la hauteur totale de ce squelette est de 98 cent. La colonne vertébrale présente deux courbures principales : la supérieure dorsale à convexité droite s'étend de la 2e vertèbre dorsale à la 10e, son sommet est entre la 6e et la 7e. La seconde courbure à convexité gauche comprend les deux dernières dorsales, les vertèbres lombaires et les deux premières pièces du sacrum qui sont obliques. Les corps vertébraux du côté de la concavité de la région dorsale sont très affaissés. La tête est dans le plan médian. En arrière, la ligne épineuse ne présente que deux courbures. La poitrine est aplatie du côté droit qui correspond à la convexité dorsale. A gauche, les côtes sont plus grêles, elles n'ont plus d'angle de torsion, elles sont plus rapprochées en arrière et écartées en avant où elles font saillie, gibbosité extérieure.

Les os des membres supérieurs sont grêles comme tous les os du squelette, mais il ne sont pas notablement déviés.

Sur les membres inférieurs la déviation est au contraire considérable, les fémurs aplatis latéralement sont convexes en avant et en dehors. Leur extrémité inférieure volumineuse se trouve dirigée en dedans, ils se touchent presque : ils ont leur grand diamètre transversal. Du côté droit, l'incurvation du fémur est plus considérable que du côté gauche. Le col a sa direction. Le tibia et le péroné de chaque côté sont aplatis et présentent une

courbe très prononcée à convexité antérieure et interne. A l'inverse du fémur elle est plus considérable à gauche qu'à droite. Le pied présente la déviation ordinaire à cette déformation, le calcanéum est déjeté en dehors, tandis que la pointe du pied est dirigée en dedans. » (M. Devilliers).

Bassin généralement petit, ailes iliaques petites, assez épaisses mais peu développées, la droite plus étalée, pas d'antéversion ni de latéroversion.

Courbure lombaire marquée. La 4e lombaire est à 3 cent. à gauche, à 6,5 à droite de l'épine iliaque PS.

Sacrum peu renversé en arrière.

Le sommet de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire est plus rapprochée de l'épine iliaque PS droite.

Bi-crêtes : 21,3. — Bi-épineux : 21,3. — IID : 13. — IIG : 13.

AP : 7,5. — PsP : 8,5. — OG : 11. — OD : 10,3. — Tr. : 12.

Excavation : AP : 9,3. — Bi-sciat. : 10.

Détroit inférieur : AP : 8,6. — Bi-isch. : 10,2.

Du sternum au sus-pubis : 36,4.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 54.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 516 A. Squelette de jeune enfant rachitique.

« Ce squelette est atteint d'une scoliose à deux courbures peu prononcées, la supérieure dorsale à convexité gauche à peine sensible s'étend de la 4e à la 11e dorsale, la seconde courbure à convexité droite de la première lombaire à la cinquième, c'est la courbure dominante ; les côtes n'ont point subi de déformation bien sensible. Les membres supérieurs et inférieurs sont le siège de déformations très considérables surtout relativement à la colonne vertébrale. Les 2 clavicules sont très courbes : celle de droite présente au sommet de la courbure une crête qui paraît résulter d'une fracture. Les deux humérus présentent une courbe à peu près identique à convexité externe et postérieure.

Celui de gauche au sommet de la courbe présente une fracture oblique avec un léger chevauchement des fragments. Les deux os de l'avant-bras présentent une courbe assez régulière à convexité postérieure. Par suite de leur rapprochement, l'espace interosseux a disparu ; le radius droit a été fracturé au sommet de la courbe qui correspond à sa partie moyenne. Les deux fémurs sont peu déformés, leur courbure normale est seulement un peu exagérée, surtout du côté gauche. La déformation des 2 jambes par opposition est très marquée, le tibia et le péroné présentent une courbe à convexité antérieure et interne. Au sommet de la courbe, le péroné touche le tibia et l'espace interosseux est très rétréci. Il n'existe même plus à ce niveau.

Les 2 tibias présentent aussi dans ce point les traces pour chacun d'eux d'une fracture incomplète. » (M. Bouvier 1861).

Hydrocéphale. Gros ventre à en juger par le développement en avant de la base de la cage thoracique.

Basssin très en antéversion, aplati surtout et presque exclusivement sur les côtés par l'enfoncement des cavités cotyloïdes. Les deux ailes iliaques sont repliées en cornets d'oublies ouverts en avant, la droite est un peu plus élevée que la gauche.

La cavité du bassin, surtout le détroit supérieur a la forme d'un fer de lance, le côté droit un peu plus près de la ligne médiane. Le sacrum modérément redressé en arrière.

Bassin pas encore complètement ossifié. Ailes sacrées très petites.

Bi-crête : 11. — Bi-épineux : 10, 2.

AP : 3, 5. — PsP : 5. — OG : 3, 7. — OD : 4, 4. — Tr. : 3, 5.

Bi-sciat. : 3.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 54 bis.

MUSÉE DUPUYTREN.

524 A. Squelette d'une femme rachitique. Scoliose à 2 courbures.

« Ce squelette provient d'une femme d'environ 40 ans. Tous les os du squelette sont atteints de rachitisme dont ils portent les traces évidentes, mais c'est principalement à la colonne vertébrale et aux côtes que sont limitées les déformations.

Les membres sont peu déviés, les inférieurs un peu plus cependant que les supérieurs. Les fémurs sont aplatis d'avant en arrière à leur partie supérieure et légèrement courbes à convexité antérieure. Les tibias sont un peu incurvés, à convexité interne, d'où résulte, à ce niveau, un agrandissement de l'espace interosseux : les péronés, quoique grêles, sont parfaitement rectilignes.

La colonne vertébrale dans sa région cervicale présente une légère déviation à convexité antérieure mais qui paraît être le résultat d'une mauvaise dessiccation plutôt que d'une déformation réelle. Dans sa région dorsale et lombaire elle est affectée d'une scoliose à deux courbures. La première dorsale à convexité gauche est peu prononcée, elle s'étend de la 5e cervicale, à la 4e dorsale. La deuxième courbure beaucoup plus considérable, à convexité droite dorso-lombaire est constituée par les 8 dernières dorsales et les 2 premières lombaires. Elle est avec un degré de torsion assez accusé. La tête est portée en avant et à gauche. Du côté de la concavité, le corps des vertèbres est moins élevé, il est creusé en gouttières et il s'est fait dépôt de matière osseuse ». (Catalogue du Musée).

Bassin peu touché. Un peu de latéroversion. Aile gauche plus déviée et moins déjetée que la droite. Les vertèbres lombaires sont inclinées vers la droite. La 3e lombaire est à 4 cent. à droite, à 10 à gauche de l'aile iliaque.

Sacrum normal. La 8e côte touche le promontoire.

Bi-crêtes : 30. — Bi-épineux : 29,5. — IID : 15. — IIG : 15.

AP : 11. — PsP : 13. — OG : 12,5. — OD : 14. — Tr. : 14,3.

Excavation : AP : 13. — OG : 12. — OD : 12. — Bi-sciat : 12.

Détroit inférieur : AP : 9,2. — OG : 11,4. — OD : 11. — Bi-isch. : 10,8.

Du sternum au sus-pubis : 31 cent.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 55.

MUSÉE DE LA MATERNITÉ.

N° 28. Bassin scoliotique rachitique avec le coccyx, les 5 lombaires et les fémurs qui sont peu touchés.

Scoliose lombaire à convexité droite mettant la partie supérieure de la quatrième lombaire à 2 cent. de l'épine iliaque P. S.

L'aile iliaque droite est plus abrupte, moins étalée latéralement que la gauche.

La cavité cotyloïde a déformé le côté droit, et y forme même une pointe saillante. L'ischion droit est rejeté en dehors. L'aile sacrée droite a 1 cent. de moins que la gauche.

Bi-crêtes : 22,6. — Bi-épineux : 22. — IID : 12,5. — IIG : 14.

AP : 8,2. — PSP : 9,5. — OG : 11. — OD : 10. — Tr. : 11,4.

Excavation : AP : 9. — OG : 10. — OD : 10,3. — Bi-sciat. 11,8.

Détroit inférieur : s S. s P : 8,3. — OG : 9,5. — OD : 10. — Bi-isch. : 11.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 56.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 518 E. *Colonne vertébrale d'un individu adulte avec les côtés et le bassin. Scoliose à trois courbures qui occupent la région dorsale.*

« La courbure moyenne principale, dominante, est à convexité droite, elle s'étend de la troisième à la neuvième dorsale, le sommet est au niveau de la sixième. Les corps vertébraux sont légèrement affaissés du côté de la concavité, les deux autres courbures sont à peu près égales, très courtes et dirigées en sens

inverse de la dorsale moyenne ; la tète est dans la verticale. En arrière, la ligne des apophyses épineuses ne présente que deux inflexions et le sommet de la supérieure correspond à la sixième dorsale. » (Catalogue du Musée).

Bassin généralement mince. Courbure lombaire à peine marquée.

Bassin aplati sur les côtés, mais allongé, presque en bec de canard.

Il n'y a que peu de différence entre les ailerons sacrés.

Bi-crêtres : 22. — Bi-épineux : 19,2. — IID : 14. — IIG : 14.

AP : 10. — PsP : 11,3. — OG : 10,8. — OD : 10,2. — Tr. : 10,6.

Excavation : AP : 13,2. — OG : 10,3. — OD : 9,2. — Bi-sciat. : 7,5.

Détroit inférieur : AP : 8,2. — OG : 9,2. — OD : 8,7. — Bi-isch. : 6.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 57.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 525. Colonne vertébrale avec la partie postérieure des côtés, le bassin et la partie supérieure des deux fémurs. Scoliose à trois courbures.

« Cette pièce provient d'une femme adulte. La colonne vertébrale a une hauteur de 57 cent., elle est affectée d'une scoliose à trois courbures, la moyenne dorsale à convexité droite, est la plus prononcée, elle s'étend de la deuxième à la dixième dorsale ; la supérieure cervicale à convexité gauche et antérieure est peu considérable. La courbure lombaire également à convexité gauche occupe toute la région lombaire et la douzième dorsale. Chacune de ces courbures principales peut être décomposée en courbures secondaires que je n'analyserai pas ici.

Les deux fémurs sont volumineux, légèrement déformés.

Le col est changé dans sa direction, il est très court et forme, avec le col de l'os, un angle droit, il se trouve sur un plan inférieur au grand trochanter. La partie inférieure des deux têtes

fait saillie en dehors de la cavité cotyloïde du côté du trou ovalaire. Il existe une demi-luxation. » (Catalogue du Musée).

Bassin peu touché, légèrement en antéversion.

L'aile iliaque gauche est à 1 cent. plus bas.

La quatrième lombaire est à 6 cent. à gauche, à 7,5 à droite de l'épine iliaque PS.

Le sacrum est redressé en arrière. Son aile gauche a 6 mm. de moins que la droite.

Le promontoire fait une forte saillie en avant et surtout vers la gauche.

Bi-crêtes : 32. — Bi-épineux : 28. — IID : 17. — IIG : 17.

AP : 9. — PsP : 11,3. — OG : 13. — OD : 12. — Tr. 14.

Excavation : AP : 12. — OG : 13. — OD : 12,5. — Bi-sciat. : 11.

Détroit inférieur : AP : 8,6. — OG : 11. — OD : 10. — Bi-isch. : 10,2.

---

§ 5. OBSERVATIONS DE SQUELETTES CYPHO-SCOLIOTIQUES A RACHITISME PEU MARQUÉ

(57 à 67)

ET DE BASSINS SCOLIO-CYPHOTIQUES

(67 à 72)

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 58.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 1. N° 3. Squelette naturel de rachitique.

Très forte scoliose dorsale à convexité droite avec cyphose. Lordose compensatrice lombaire avec scoliose à convexité gauche. Tête inclinée à gauche.

Membres supérieurs : longs et grêles, os minces sans nouures ni soudures : longueur : 69.

Membres inférieurs : longs et grêles, pas déformés : 83 cent.

Hauteur totale : 1 m. 38.

Les deux premières dorsales sont presque verticales, les 8e et 9e dorsales occupent l'angle de la scolio-cyphose, leurs corps regardent à droite.

La deuxième lombaire est sur la ligne médiane, les autres, très volumineuses, regardent à gauche et forment la scolio-lordose compensatrice.

Bassin en antéversion, assez large, les deux ailes iliaques bien conformées, pas de latéroversion. Sacrum peu basculé en arrière, parait plutôt un peu aplati à droite.

Les ailes sacrées sont égales. Le promontoire est rejeté vers la gauche, la symphyse du pubis déviée un peu à droite.

Le sommet des apophyses épineuses des dernières lombaires est un peu vers la droite.

Bi-crètes : 25,2. — Bi-épineux : 22,2. — IID : 16,8. — IIG : 16,5.

AP : 10. — PsP : 12,4. — OG : 11,8. — OD : 11,8. — Tr. : 13.

Excavation : AP : 9,5. — OG : 10,4. — OD : 10,4. — Bi-sciat. : 10,4.

Détroit inférieur : AP : 7,3. — OG : 9,5. — OD : 9,7. — Bi-isch. : 10,3.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 59

MUSÉE DE CLAMART

Vitrine 1. N° 4. Squelette naturel de rachitique.

Cypho-scoliose dorsale à convexité droite avec légère scoliose lombaire compensatrice.

Tête inclinée à gauche.

La colonne cervicale se dirige vers la droite et en arrière, forte scoliose angulaire. Les 7e et 8e dorsales occupent la partie saillante.

La 1re lombaire est sur la ligne médiane, les autres se dirigent légèrement vers la gauche. La lordose donne de l'antéversion au bassin.

Bassin large au détroit supérieur, le sacrum est très peu rejeté en arrière et en haut. Un peu en entonnoir.

Hauteur totale : 1,50.

Membres supérieurs longs et peu déformés : 70 cent.

Membres inférieurs longs et à peine déformés : 70 cent.

Bi-crêtes : 30. — Bi-épineux : 27,3. — IID : 18. — IIG : 18.

AP : 10,3. — PsP : 13,5. — OG : 12,4. – OD : 12,5. — Tr. : 14.

Excavation : AP : 10,8. — OG : 10,8. — OD : 10,8. — Bi-sciat. : 11,5.

Détroit inférieur : AP : 9,2. — OG : 10,5. — OD : 9,6. — Bi-isch. : 10.

Du sternum au sus-pubis : 45.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 60.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 3. N° 3. Squelette naturel de rachitique.

Scolio-cyphose dorsale à convexité droite.

Scolio-lordose lombaire à convexité gauche.

La cyphose et la lordose sont surtout marquées.

Tête inclinée à gauche.

Epaule droite beaucoup plus élevée.

C'est la 10e dorsale qui occupe la partie la plus saillante de la courbure dorsale.

La 3e lombaire est sur la ligne médiane.

La 4e lombaire est à 4 cent. à gauche, à 6 à droite de l'épine iliaque PS.

Membres supérieurs longs, grêles, peu déformés : 65,4.

Membres inférieurs également : 74.

Hauteur totale : 1 m. 28.

L'aile iliaque droite est moins développée et le bassin est aplati et plus petit de ce côté. L'aileron du sacrum de ce côté a quelques millimètres de moins.

La symphyse est un peu déviée vers la gauche.

Promontoire élevé.

Ce serait donc la déformation droite la plus accentuée de beaucoup qui aurait influé sur le bassin qui est très large cependant et en entonnoir.

Bi-crêtes : 24,5. — Bi-épineux : 23. — IID : 15,4. — IIG : 16,2.

AP : 13,3. — PsP : 14,3. — OG : 12,5. - OD : 11,6. — Tr. : 12,2.

Excavation : AP : 12,3. - OG : 11,5. — OD : 11. — Bi-sciat. : 9,5.

Détroit inférieur : AP : 9. — OG : 9,5. — OD : 9,5. — Bi-isch. : 9,6.

Du sternum au sus-pubis : 32.

Apophyses épineuses des dernières lombaires sur la ligne médiane.

OBSERVATION ANATOMIQUE No 61.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 3. No 4. Squelette naturel de rachitique.

Scolio-cyphose à convexité gauche très marquée de la région dorso-lombaire.

Tête de vieillard avec dents supérieures déviées à droite et pas à la mâchoire inférieure.

Les colonnes cervicale et dorsale forment une longue ligne courbe qui descend de haut en bas et un peu vers la droite jusqu'à la huitième dorsale ; de là à la 12e, forte inclinaison à gauche et en arrière ; La 1re et la 2e lombaire forment la partie la plus saillante et la torsion est telle que leur corps regarde directement à gauche et un peu en arrière. La 12e côte est aplatie contre elle et devait pouvoir se sentir en arrière sous les téguments.

La 4e lombaire touche presque (1 cent.) l'aile iliaque gauche, celle-ci est plus petite que l'autre, elles sont toutes deux d'une minceur extrême.

Pas d'antéversion. Sacrum bien placé.

Promontoire un peu saillant, rugueux et dévié à gauche.

Thorax très déformé, les dernières côtes droites sont rentrées.

Hauteur totale : 1 m. 42.

Membres supérieurs longs et grêles à peine touchés :

68 membres inférieurs également : 84.

Le sommet de l'apophyse épineux de la dernière lombaire est plus près de l'aile gauche.

Bi-crêtes : 29. — Bi-épineux : 25,8 — IID : 16,4. — IIG : 15,4.

AP : 9,7. PsP : 12. — OG : 12,4 : — OD : 12,7. — Tr. 13,6.

Excavation : AP. 11,1. — OG : 12. — OD : 12. — Bi-sciat. : 10,4.

Détroit inférieur : AP : 8. — OG : 9,5. — OD : 9,5. — Bi-sciat : 10.2.

Du sternum au sus-pubis : 35.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 62.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 4. N° 3. Squelette naturel de rachitique. Scolio-cyphose. Cyphose très marquée.

1re courbure. Scolio-cyphose dorsale à convexité droite.

2e courbure. Scolio-lordose lombaire à convexité gauche, tête inclinée en avant et à gauche.

La 1re courbure commence à la 6e cervicale.

La partie la plus saillante de la scolio-cyphose est formée par les 9e et 10e dorsales. La scolio-lordose compensatrice a sa partie la plus convexe à gauche occupée par les 11e et 12e dorsales et les lombaires.

La scoliose n'est pas très marquée par rapport à la lordose.

La 4e lombaire est de 1 cent. plus près de l'épine iliaque PS. gauche.

Hauteur totale : 1 m. 34.

Membres supérieurs longs et grêles, peu déformés : 73.

Membres inférieurs plus déformés, fémurs convexes en dehors tibias en dedans : 76 cent.

Ailerons sacrés égaux. Aile iliaque gauche moins étalée que la droite. Symphyse pubienne un peu déviée à gauche et cavité cotyloïde gauche plus en avant que l'autre.

L'ischion gauche est plus bas que le droit.

Bassin aplati d'avant en arrière et rétréci généralement.

Les apophyses épineuses des dernières lombaires sont un peu à droite de la ligne médiane.

Bi-crêtes : 27. — Bi-épineux : 26. — ID : 16,5. — IG : 16.

AP : 8. — PsP : 10,8. — OG : 11,3. — OD : 11,3. — Tr. : 13,3.

Excavation : AP : 10,2. — OG : 10,2. — OD : 10,2. — Bi-sciat. : 9.

Détroit inférieur : AP : 9,4. — OG : 8,1. — OD : 8,5. — Bi-isch. : 7,7.

Du sternum au sus-pubis : 33,3.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 63.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 5. N. 3. Squelette naturel et rachitique.

Scolio-cyphose dorsale à convexité droite.

Scolio-lordose lombaire à convexité gauche.

La cyphose et la lordose sont surtout marquées.

Tête presque verticale.

De la 1re dorsale à la 10e forte déviation en arrière et un peu à droite. La 2e lombaire est sur la ligne médiane, les autres viennent en avant et un peu vers la gauche.

La 4e lombaire est à 2 cent. 5 à gauche, à 7 à droite de l'épine iliaque PS.

Bassin un peu aplati à gauche, large au détroit supérieur un peu serré au détroit inférieur.

Promontoire élevé et médian.

Hauteur totale : 1 m. 37.

Membres supérieurs longs et grêles : 75.

Membre inférieurs également peu touchés : 82.

Bi-crêtes: 26. — Bi-épineux : 24,4. — IID : 15. — IIG : 15.

AP : 11,5. — PsP : 13,8. — OG : 12,3. — OD : 12,5. — Tr. : 13.

Excavation : AP : 11,1. — OG : 11. — OD : 11. — Bi-sciat. : 9,5.

Détroit inférieur : AP : 6. — sSsP : 10,5. — OG : 9,8. — OD : 9,7. — Bi-isch. : 9,5.

Du sternum au sus-pubis : 35,5.

L'extrémité des apophyses épineuses des dernières lombaires est sur la ligne médiane.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 64.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 5. N° 4. Squelette naturel de rachitique.

Peu de déformation des membres supérieurs et inférieurs qui sont longs et grêles.

Hauteur : 1 m. 37. Membre supérieur droit : 66 cent.

Membre inférieur : 75.

Scolio-cyphose à convexité dorsale droite avec légère scoliose lombaire gauche compensatrice.

Les 8e et 9e dorsales occupent la partie la plus saillante.

La 2e lombaire est sur la ligne médiane, les autres regardent à gauche.

La 4e lombaire est à 3,5 à gauche, à 6 cent. 5 à droite de l'épine iliaque PS.

L'aile sacrée gauche a quelques millimètres de moins que la droite, mais la différence est peu marquée.

Le bassin est plutôt touché par la cyphose et en entonnoir.

Bi-crêtes : 27. — Bi-épineux : 25. — IID : 17. — IIG : 17.

AP : 9,6. — PsP : 11,8. — OG : 12. — OD : 12. — Tr. : 13,4.

Excavation : AP : 10,1. — OG : 11,2. — OD : 11,2. — Bi-sciat. : 10.

Détroit inférieur AP : 8,1. — OG : 9,9. — OD : 9,9. — Bi-isch. 8,5.

Du sternum au sus-pubis : 39.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 65.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 5. N° 5. Squelette naturel de rachitique.

Scolio-cyphose dorsale à convexité droite.

Très légère scolio-lordose de compensation lombaire.

Tête presque verticale.

Hauteur : 1 m. 37.

Membres supérieurs longs, grêles, peu déformés : 66.

Membres inférieurs également : 76.

Bassin un peu en entonnoir, touché seulement par la cyphose.

Ailes iliaques ployées en larges cornets :

Bi-crêtes : 26. — Bi-épineux : 21. — IID : 16. — IIG : 16.

AP : 11,5. – PsP : 13,6. — OG : 12,3. — OD : 12,8. — Tr. : 13.

Excavation : AP : 10,3. — OG : 10,3. — OD : 10,3. — Bi-sciat. : 10.

Détroit inférieur : AP : 8. — sSsP.: 10,5. — OG : 8,5. — OD : 8,8. — Bi-isch. : 10.

Du sternum au sus-pubis : 36.

Apophyses épineuses des dernières lombaires sur la ligne médiane.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 66.

MUSÉE DE CLAMART.

Vitrine 12. N° 3. Squelette naturel de rachitique.

Pas de tête. Hauteur 1 m. 37.

Membres supérieurs longs, grêles, peu déformés : 72 cent.

Membres inférieurs également : 99 cent.

Scoliose dorsale à convexité droite avec un peu de cyphose.

Scoliose lombaire à convexité gauche.

La courbure de la colonne dorsale est assez longue, c'est la 8e dorsale qui est au point le plus saillant.

La 1re lombaire est sur la ligne médiane.

La 4e lombaire est à 4 cent. à gauche, à 7 cent. à droite de l'épine iliaque PS.

L'aile iliaque droite est plus large. Il y a un peu d'antéversion.

L'aileron sacré gauche a 8 mill. de moins que le droit.

Bi-crêtes : 29. — Bi-épineux : 27,6. — IIG : 16,8. — IID : 17,2.

AP : 12. — PsP : 12,5. — OG : 13. — OD : 13,8. — Tr. : 14,5.

Excavation : AP : 13. — OG : 12. — OD : 12. — Bi-sciat. : 9,5.

Détroit inférieur : AP : 9,1. — OG : 9,5. — OD : 9,3. — Bi-isch. : 7,9.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 67.

MUSÉE DE LA MATERNITÉ.

N° 62. Bassin avec les membres inférieurs, les vertèbres lombaires et 7 dorsales.

Scolio-cyphose rachitique gauche dorso-lombaire avec compensation scolio-lordotique des deux dernières lombaires à convexité droite.

La cyphose est très marquée.

Les membres inférieurs sont grêles, longs et peu déformés, ils ont 85 cent. de longueur.

Bi-crêtes : 29. — Bi-épineux : 26,8.

AP : 11,5. — PsP : 14,3. — OG : 13,4. — OD : 13,4. — Tr. : 15.

Excavation : AP : 13. — Bi-sciat. : 10,5.

Détroit inférieur : AP : 9. — OG : 11. — OD : 11. — Bi-isch. : 9,8.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 68.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

Bassin rachitique scoliotique B.

Bassin avec trois dernières lombaires, coccyx et moitié supérieure des deux fémurs qui sont un peu déformés.

La scoliose lombaire est à convexité gauche peu marquée, il y a cependant un mouvement de torsion et la 4e lombaire est à quelques millimètres plus près de l'aile iliaque gauche. Celle-ci est un peu plus étalée que l'autre.

L'aile sacrée gauche a 7 millimètres de plus que la droite, aussi pensons-nous qu'il devait y avoir une seule courbure lombaire siégeant très bas, car la 5e lombaire et le sacrum ont tendance à revenir vers le milieu. Le bassin est relativement large, mais tout de même rétréci à droite. Le promontoire est un peu dévié à droite et au-dessus d'une ligne horizontale partant du sus-pubis.

Il y a un peu de lordose. La cavité cotyloïde droite est un peu plus en avant que l'autre.

C'est l'ischion gauche qui ici est déjeté en dehors, de sorte que le bassin est aussi plus large de ce côté au détroit inférieur. Apophyses épineuses sur ligne médiane.

Bi-crêtes : 25,3. — Bi-épineux : 24,2. — IID : 14,1. — IIG : 14,1.

AP : 7,4. — PsP : 9,8. — OG : 11,6. — OD : 10,9. — Tr. : 12,7.

Excavation : AP : 10,5. — OG : 12. — OD : 12. — Bi-sciat. : 10,8.

Détroit inférieur : AP : 8. — OG : 10,8. — OD : 10. — Bi-ischiat. : 11,9.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 69.

MUSÉE DE LA CLINIQUE.

Z. 4. Scolio-cyphose rachitique.

Bassin avec partie supérieure des deux fémurs qui sont minces mais dont on ne peut savoir l'incurvation, les cinq lombaires et les douze dorsales.

La scolio-cyphose très accentuée, a son sommet en arrière, à gauche, occupée par les 8e, 9e et 10e dorsales. La courbure de compensation scoliotique lombaire n'est pas très marquée, néanmoins le mouvement de torsion des corps vertébraux à droite et en dehors, existe.

Bassin très en antéversion. Sacrum basculé en avant et par conséquent promontoire reporté en arrière et en haut.

L'aile sacrée gauche a quelques millimètres (4 ou 5) de moins que l'aile droite.

Bi-crêtes : 25. — Bi-épineux : 22,2. — IID : 16. — IIG : 16.

AP : 13,5. — PSP : 14,8. — OG : 12,3. — OD : 12,3. — Tr. : 13,3.

Excavation : AP : 12. — Bi-sciat. : 9,1.

Détroit inférieur : sSsP : 9,9. — Bi-isch. : 11.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 70.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 518 M. Colonne vertébrale et bassin d'une femme qui était très âgée. Scoliose dorso-lombaire, la courbure lombaire à convexité gauche dominante.

« La courbure dorsale est peu prononcée et inférieure, il existe en même temps un certain degré de cyphose.

La moitié gauche du corps de la 10e et de la 11e vertèbre dorsale a une hauteur moins considérable que la moitié droite.

Dans le 1er sens, c'est-à-dire à gauche, la face latérale du corps est creusée d'une forte dépression.

Pour la 12e vertèbre dorsale, c'est le contraire.

La moitié gauche du corps de la vertèbre a un peu plus de hauteur que la moitié droite. Déjà cette vertèbre semble avoir subi une légère déviation qui a porté son apophyse transverse gauche un peu en arrière, et son apophyse transverse droite légèrement en avant. Pour les deux premières vertèbres lombaire, cette disposition et on ne peut plus marquée : La moitié droite du corps est certainement moins élevée en hauteur que la moitié gauche et creusée d'une gouttière profonde.

Ces vertèbres semblent avoir éprouvé un mouvement de rotation qui a eu pour effet de porter les apophyses transverses gauches en arrière et les apophyses transverses droites en avant.

La 4e et la 5e vertèbres lombaires ont la moitié gauche de leur corps moins élevé que la moitié droite. Leur déviation est moins marquée que pour les vertèbres précédentes. Les trous de conjugaison sont inégalement agrandis des deux côtés. A droite, ce sont les trous de conjugaison lombaires inférieurs qui sont agrandis. A gauche, ce sont les trous de conjugaison supérieurs.

L'aorte suit exactement la courbure de la région lombaire de a colonne vertébrale, elle est placée sur la ligne médiane des vertèbres lombaires.

L'artère sacrée moyenne est légèrement déviée à gauche. La carotide primitive droite décrit quelques flexuosités à son origine. La vertébrale gauche est plus volumineuse que la droite ».

(M. Fano. *Bul. Soc. de Chirurgie*. Tom. VI, p. 80).

Bassin auquel on a supprimé par un trait de scie les ailes iliaque. Courbure lombaire très accentuée. Apophyse transverse relevée à gauche.

L'aile sacrée gauche est légèrement plus petite.

Symphyse pubienne légèrement portée à droite, par rapport au promontoire.

AP : 9.3. — PsP : 10,8. — OG : 13,5. — OD : 14,2. — Tr. : 15,5.

Excavation : AP : 12,6. — OG : 12,3. — OD : 12,3. – Bi-sciat. : 12.

Détroit inférieur : AP : 9. — OG : 11,5. — OD : 10,8. — Bi-isch. : 12,3.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 71.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 532. Colonne vertébrale avec le bassin et la partie supérieure des 2 fémurs. Cyphose dorsale avec scoliose dorso-lombaire à 2 courbures.

« Sur cette colonne vertébrale les courbures sont presque égales et très légères : elles sont limitées à une région du rachis. La courbure lombaire domine, mais ne dépasse pas 15 mm. ; elle est à convexité gauche et comprend toutes les vertèbres lombaires ; le sommet de la courbure est entre la 2e et la 3e vertèbre. L'arc dorsal dirigé en sens inverse de l'arc lombaire est formé par les 9 dernières dorsales, le sommet est placé vers la 9e vertèbre et la flèche représente à peu près les 2/3 de la flèche lombaire. L'affaissement latéral du côté concave est peu prononcé et limité aux corps vertébraux du 8e au 11e. En arrière, la ligne épineuse ne présente que la courbure antéro-postérieure de la cyphose. » (Bouvier 1861).

Les dernières lombaires et le sacrum forment deux courbures différentes, sorte d'angle ouvert à gauche si bien que le promontoire regarde en dehors et à droite et est plus rapproché du côté droit.

L'aile gauche du sacrum est un peu plus aplatie mais a sensiblement la même longueur que la droite.

Le sommet de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire est sur la ligne médiane.

Bi-crêtes : 26,8. — Bi-épineux : 20,8. — IID : 14. — IIG : 14.

AP : 10,3. — PsP : 11,4. – OG : 12,6. — OD : 12,3. — Tr : 13.

Excavation : AP : 13. — Bi-sciat. : 11.

Détroit inférieur : AP : 7,7. — Bi-ish. : 10,5.

OBSERVATION ANATOMIQUE. N° 72.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 534. Tête, colonne vertébrale et bassin avec la partie supérieure des deux fémurs. Cyphose très prononcée avec une scoliose à trois courbures.

« Sur cette pièce, la cyphose occupe toute l'étendue de la colonne vertébrale, elle n'est pas parfaitement régulière, la tête se trouve placée dans l'axe de la colonne vertébrale et fortement portée en avant.

Des trois courbures de la scolios,edeux occupent la région dorsale, dont la moyenne est à convexité gauche ; la troisième siège à la région lombaire, elles sont peu prononcées.

La colonne vertébrale sur les côtés des corps dans les points correspondants à la concavité de la scoliose présente des stalactites osseuses qui, pour la région dorsale, ont ankylosé entre elles certaines vertèbres. Dans la concavité de la région lombaire on retrouve également ces stalactites mais leur dégré d'ossification est moins avancé » (Catalogue du Musée)

Bassin large mais un peu touché de par la scoliose.

Le sacrum continue la courbure de compensation lombaire et se dirige vers la gauche, si bien que la symphyse pubienne est presque en face le 1er trou sacré droit.

Côté gauche légèrement aplati. Pas d'anté ni de latéroversion.

Sommet de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire sur la ligne médiane.

Bi-crêtes : 30. — Bi-épineux : 25,3. — IID : 16,5. — IIG : 16.5
AP : 10,6. — PsP : 12. — OG : 12,8. — OD : 13. — T : 14.
Excavation : AP : 12,3. — OG : 11,8. — OD : 13. Bi-sciat. : 11,2·
Détroit inférieur : AP : 5. — OG : 10. — Bi-isch. : 11,2.

§ 6. — OBSERVATIONS DE SQUELETTES DONT LES MEMBRES INFÉRIEURS SONT INÉGAUX.

(72 à 77.)

77. Bassin très déformé.

78. Bassin scolio-sciatique.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 73.

MUSÉE DUPUYTREN.

517 B. Squelette de vieille femme dont les membres inférieurs ont été beaucoup plus profondément atteints par le rachitisme que les autres os.

« La colonne vertébrale et les côtes ont une direction à peu près normale, la colonne vertébrale examinée avec soin présente cependant une scoliose à trois courbures. L'inférieure est une dorso-lombaire convexe à gauche.

Les clavicules longues et grêles sont courbes, à convexité antérieure. Les membres supérieurs, à droite comme à gauche, présentent pour l'humérus une légère déviation latérale qui fait incliner les coudes en dedans. Cette disposition est plus marquée pour le membre gauche. Les deux avant-bras sont légèrement fléchis en avant et en dedans à leur partie moyenne.

Les membres inférieurs offrent les altérations suivantes :

Les 2 fémurs sont aplatis latéralement dans leurs corps et présentent une courbe à convexité antéro-externe.

Celui de droite n'a que 21 cent. de longueur, tandis que du côté gauche on en trouve 30. Il y a donc une différence de 9 cent. Les têtes fémorales ont leur col court et sont comme demi-luxées dans le trou ovalaire. Les deux os de la jambe aplatis d'avant en arrière présentent une courbe à convexité parallèle à leur bord interne, la courbe décrite par les os du côté gauche est plus considérable que celle de droite et le pied est comme luxé dans son articulation tibio-tarsienne. » (Catalogue du Musée).

Un peu d'antéversion et de latéroversion du bassin.

L'aile iliaque droite est plus basse. La courbure lombaire est peu marquée, néanmoins la 4e lombaire se trouve de 1 cent. plus près de l'aile gauche que de l'aile droite. Le sacrum est très relevé en arrière, et il y a 6 mm. de différence, en moins pour l'aile sacrée gauche.

Symphyse pubienne un peu reportée vers la gauche.

Bi-crêtes : 23. — Bi-épineux : 23. — IID : 14. — IIG : 15.

AP : 7,3. — PsP : 9,2. — OG : 11,8. — OD : 10,2. — Tr. 13,6.

Excavation : AP : 10,2. — OG : 11,9. — OD : 10,6. — Bi-sciat. : 11,9.

Détroit inférieur AP : 7,3. — OG : 9,6. — OD : 9,2. — Bi-isch. : 12.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 74.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 522. Squelette d'homme adulte rachitique. Scoliose dorso-lombaire.

« Ce squelette provient d'un homme de 30 ans qui avait 1 m. 35 environ de hauteur, tous les os ont acquis un assez grand développement et sont à la période de réossification complète. Il existe une scoliose dorso-lombaire.

La hauteur de la colonne vertébrale est de 14 cent. 7. La courbe dorsale qui est très dominante commence à la 7e cervicale, se termine à la 12e dorsale et son sommet est au niveau de la 6e. Il existe en même temps une torsion des vertèbres telle que la partie moyenne du corps de la 7e et 8e est dirigée à droite et son apophyse épineuse à gauche ; la courbure lombaire occupe toutes les vertèbres de cette région. Le thorax est fortement aplati du côté gauche dans le lieu qui correspond à la concavité de la courbure dorsale : les côtes, dans ce point, sont beaucoup moins volumineuses que les droites, elles sont sans angle de torsion et disposées en éventail, elles chevauchent fortement en arrière les unes sur les autres. Les vertèbres avec

lesquelles elles s'articulent ont leurs lames imbriquées et les apophyses articulaires et transverses moins développées.

Les membres supérieurs sont peu déformés, le gauche est plus long que le droit de 12 millimètres.

Les membres inférieurs présentent des déviations assez prononcées. La diaphyse des femmes est aplatie de dedans en dehors à sa partie supérieure et légèrement d'avant en arrière à l'inférieure.

L'aplatissement supérieur de la diaphyse s'étend jusqu'au col fémoral. Ces os présentent une courbe assez prononcée à convexité antérieure et externe. Le tibia et le péroné sont aplatis au contraire dans la partie moyenne de leur diaphyse d'avant en arrière et offrent une courbe à convexité antérieure et interne, d'où résulte que les genoux de ce squelette se touchent presque, tandis que les pieds sont fortement déviés en dedans. Le tibia et le péroné droits sont beaucoup plus courts que ceux du côté gauche. » (Catalogue du Musée.)

Bassin peu touché, un peu d'antéversion.

Ailes iliaques très étalées.

La gauche est plus élevée que la droite de deux bons centimètres (membre inférieur droit plus court).

Courbure lombaire marquée. La 4e lombaire est à 4 cent. à gauche, à 7 à droite de l'épine iliaque PS.

Le sacrum participe à une courbure scoliotique mais le coccyx est cependant sur la ligne médiane.

Le sacrum est très renversé en avant, ses dernières vertèbres son très redressées en arrière.

Bassin peu, mais généralement rétréci.

Bi-crêtes : 27. — Bi-épineux : 27,6. — IID : 16,8. — IIG : 17.
AP : 8,5. — PsP : 10,5. — OG : 11,8. — OD : 11,8. — Tr. : 13.

Excavation : AP : 10,1. — Bi-sciat. : 8,3.

Détroit inférieur : AP : 8,2. — Bi-sciat. : 10,1.

Du sternum au sus-pubis : 41.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 75.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 531 A. Squelette d'homme adulte. Scoliose à trois courbures.

« Sur ce squelette il existe, à la région cervicale, une 3e courbure rudimentaire à peine marquée. Les courbures moyenne et inférieure sont à peu près égales, elle sont toutes deux avec un mouvement assez prononcé de rotation des corps vertébraux.

La courbure moyenne à convexité gauche s'étend de la 2e vertèbre dorsale à la 10e, la 3e à convexité droite s'étend de la 11e dorsale à la 5e lombaire, mais son maximum d'intensité correspond à la 1re vertèbre lombaire dont le corps du côté de la concavité est beaucoup moins élevé que du côté opposé. La même disposition s'observe pour la 2e, les côtes offrent la disposition propre à ce genre de déviation.

Les membres supérieurs sont à peu près normaux, les inférieurs sont, au contraire, le siège de déformations notables et intéressantes. Les 2 fémurs n'ont pas la même longueur, le gauche est de 3 cent. plus long que le droit, leur tête est abaissée et à moitié luxée. Le col qui est court, forme avec le corps un angle droit, ce dernier aplati latéralement est convexe en avant et légèrement en dehors. Les tibias et les péronés aplatis également dans le sens latéral offrent leur courbure en avant directement, cette dernière position est assez rare. Les pieds sont normaux. » (Catalogue du Musée).

Bassin un peu en rétroversion incliné un peu à droite, aplati d'avant en arrière.

La 4e lombaire est à 6 cent. à droite, à 7,5 à gauche de l'aile iliaque. Le sacrum, bien comme position, a son aile droite plus petite, d'un cent. que la gauche.

Forme de cœur de carte dont le côté droit est plus petit.

Bi-crêtes : 26. — Bi-épineux ; 25,3. — IID : 14,3. — IIG : 15.
AP : 8. — PsP : 8,7. — OD : 11,6. — OG : 11,6. — Tr. 13,5.

Excavation : AP : 9,7. — OG : 11,8. — OD : 12,2. — Bi-sciat. : 11.

Détroit inférieur : AP : 7,1. — OG : 9,3. — OD : 10. — Bi-isch. : 11,2.

Du sternum au sus-pubis : 38,4.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 76.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 531 B. Squelette de femme rachitique. Scoliose à trois courbures.

« La femme de laquelle provient ce squelette était âgée de 24 ans, elle avait subi une opération césarienne à la maison d'accouchement. La hauteur de ce squelette est de 0 m. 88 cent. La colonne vertébrale présente une scoliose à trois courbures, la moyenne est dominante, à convexité gauche et postérieure, elle est assez anguleuse, son sommet est au niveau de la 10e dorsale dont le corps est considérablement affaissé du côté de la concavité. Les deux autres courbures : la supérieure et l'inférieure, sont à convexité droite, la lombaire est assez accentuée, la supérieure est peu marquée. La tête est portée en avant et à droite de l'axe de la colonne vertébrale. Le sternum bombé en avant forme le sommet de la gibbosité antérieure, il s'est maintenu dans le plan médian, mais il n'est plus en face de la colonne vertébrale qui est déviée à gauche. La courbe régulière du thorax à l'état normal forme un ellipsoïde dont le grand diamètre est transversal : sous l'influence de la déviation dorsale, il se trouve dans le plan antéro-postérieur. Les côtes présentent les altérations propres à cette déviation qui ont déjà été souvent indiquées, la poitrine est très déprimée à droite et présente une voussure très marquée à gauche.

Les membres supérieurs et inférieurs ne présentent point de déviations notables, mais ils sont frappés d'arrêt de développement qui, contrairement à ce que l'on observe, est plus marqué pour les supérieurs. Tous ces os sont volumineux, formé d'un

tissu compacte très dense et les épiphyses ont acquis un volume considérable, principalement dans le diamètre transversal. Voici la longueur de chacun des os des membres : Clavicule 12 cent., humérus 13,5, radius et cubitus 9. Le fémur gauche a 17 cent., le droit 16, le tibia gauche 15, le droit 14, aussi ce membre est-il plus court que celui du côté opposé. Les 2 pieds sont dans l'extension. » (Prof. Orfila).

Bassin généralement petit et arrêté dans son développement.

Légère antéversion et inclinaison vers la gauche.

Le sacrum et les dernières lombaires forment un angle obtus ouvert en arrière, le promontoire est donc très saillant. Les 3e et 4e lombaires sont couchées sur l'aile iliaque gauche.

Le sacrum est redressé en arrière. L'aile sacrée gauche a 1 cent. de plus que la droite qui est repoussée en haut et en dehors.

La symphyse est un peu déviée et située devant le 1er trou sacré gauche.

Bi-crêtes : 23. — Bi-épineux : 22,5. — IID : 12. — IIG : 12.

AP : 7,4. — PsP : 8,7. — OG : 10,5. – OD : 10,5. — Tr. : 11,5.

Excavation : AP : 9. — OG : 8,2. — OD : 9,4. — Bi-sciat. : 7,8.

Détroit inférieur : AP : 9,4. — OG : 7,5. — OD : 7,8. — Bi-isch. : 7,5.

Du sternum au sus-pubis : 29.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 77.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 496 a. Bassin de la fille Moselle d'Epinas qui a subi l'opération césarienne.

Les fémurs sont aplatis latéralement et courbés à convexité antérieure et externe.

Bassin très déformé.

Ailes iliaques déformées. La gauche, plus abrupte, la droite, plus élevée et déjetée en dehors.

La scoliose a sa convexité vers la gauche et le promontoire regarde de ce côté.

L'antéversion est marquée et la symphyse pubienne, très mince comme toute la partie antérieure du bassin, est vis-à-vis des 3e trous sacrés. Les ailerons sacrés sont larges.

Les cavités cotyloïdes semblent trop petites pour les têtes fémorales.

Bi-crêtes : 18. — Bi-épineux : 22. — IID : 13. — IIG : 13.

AP : 2,5. — PsP : 4,5, — OG : 8,5. — OD : 10,5. — Tr. : 12,2.

Excavation : AP : 2,5. — Bi-sciat. : 12,5.

Détroit inférieur : AP : 3. — Bi-isch. : 12.

Le diamètre AP du détroit supérieur a été pris au niveau de l'union de la 3e avec la 2e pièce sacrée.

OBSERVATION ANATOMIQUE N° 78.

MUSÉE DUPUYTREN.

N° 535 d. Colonne vertébrale, thorax, bassin avec la partie supérieure des 2 fémurs. Scoliose dorso-lombaire gauche principale, anguleuse.

« Cette déviation qui est pathologique a été recueillie sur un homme de 62 ans, boulanger de son état et qui avait été droit jusqu'à 30 ans. Il contracta à la suite d'un lumbago chronique une scoliose par simple flexion qui provoqua à la longue une énorme déformation du rachis.

La courbure vertébrale forme presque un angle aigu, le sommet de cet angle répond à la première lombaire, taillée en coin et terminée à droite par un bord si mince, que les vertèbres qu'il sépare semblent se confondre dans ce point.

Ces vertèbres sont la 2e lombaire et une 13e dorsale.

Le sujet a 25 vertèbres et 13 paires de côtes. Le corps de ces deux vertèbres est coupé obliquement de manière à décrire avec la première lombaire une courbe régulière d'un petit rayon : au-dessus et au-dessous de cette courbe, le rachis se dirige d'abord presque horizontalement, puis se recourbe en sens con-

traire pour se rapprocher de sa direction normale. Des deux courbures secondaires à convexité droite produites par ce mouvement, la supérieure est constituée par les 8e, 9e, 10e et 11e dorsales, l'inférieure, par les 4e et 5e lombaires. Cette dernière courbure replace la 5e lombaire dans la direction de l'axe du sacrum, mais la courbure supérieure est insuffisante pour ramener le haut du rachis sur la ligne médiane et le tronc reste fortement incliné à droite et en avant.

Cette inclinaison est même un peu augmentée par une 4e petite courbure à convexité gauche, décrite par les 7 vertèbres dorsales les plus élevées. Les deux côtés de la courbure principale ne sont séparés que par un intervalle de 2 cent. vers le sommet de la courbe et l'on ne trouve encore que 4 cent. d'écartement entre la 9e dorsale et la 4e lombaire qui en forment les deux extrémités.

Un fil tendu de ces vertèbres à l'autre, figure assez bien la direction de la ligne médiane. Il n'y a pas moins de 9 cent. entre ce fil et le milieu de la courbure représentée par la première lombaire. La gibbosité lombaire existe seule, le thorax est très oblique. Cette obliquité est telle que les côtes droites pressées contre la face interne de l'os iliaque sont comme imbriquées et sont repoussées en dedans de la cavité thoracique ».

(M. Bouvier. *Maladies chroniques de l'appareil locomoteur. Atlas.* pl. 6, fig. 3).

Les 2 ailes sacrées sont égales, mais la gauche semble portée en avant.

La symphyse pubienne est reportée à droite au devant du 1er trou sacré droit.

Bi-crêtes : 32. — Bi-épineux : 26. — IID : 16,8. — IIG : 17,2. AP : 13,2. — PsP : 15,1. — OG : 13,3. — OD : 13,9. — Tr. : 14,5.

Excavation : AP : 12. — OG : 12,3. — OD : 12,6. — Bi-sciat. : 9,1.

Détroit inférieur : AP : 8. — OG : 9,1. — OD : 8,8. — Bi-sch. : 8,8.

De la 1re côte au sus-pubis : 34.

II. — OBSERVATIONS CLINIQUES

Elles sont ainsi classées.

I° *de 1 à 9.* Les observations de scoliotiques et cyphoscoliotiques observées par nous, avec des phototypies représentant les femmes des observations 1, 2 et 3.

II° *de 9 à 29.* Les observations cliniques de scolioses à convexité dorsale droite.

de 29 à 34. Les observations de scolioses à convexité dorsale gauche.

III° *de 34 à 44.* Observations de cyphoscoliotiques.

IV° *de 44 à 59.* Observations cliniques sans grands renseignements.

V° *de 59 à 64.* Observations de scolioses avec membres inférieurs inégaux.

§ 1. — OBSERVATIONS PERSONNELLES.

OBSERVATION N° 1. (1) (personnelle), recueillie à la Clinique.

Phototypies 1 et 2, entre pages 142 et 143.

La nommée L. H., âgée de 25 ans, a une déviation vertébrale des plus prononcées. Elle n'a marché qu'à l'âge de 4 ans, époque à laquelle sa scoliose existait déjà depuis deux ans.

(1) Publiée dans la *Revue obstétricale internationale.* N° 6 sous les noms de M. le Dr Demelin et M. Patay, *Moniteur à la Clinique.*

Enceinte pour la première fois, elle a eu ses dernières règles du 25 au 29 mars 1894. Les premiers mouvements de l'enfant ont été perçus vers la fin de juin ou au commencement de juillet. La femme entre à la Clinique de la rue d'Assas le 5 septembre 1894.

La femme est de petite taille ; elle n'a que 1 m. 35 de hauteur totale. Le tronc est court et mesure 57 centimètres depuis la septième vertèbre cervicale jusqu'au sacrum.

Les membres sont grêles; ils paraissent surtout démesurés par rapport à la brièveté du tronc. Les membres inférieurs portent, malgré leur longueur et leur gracilité, des signes évidents de rachitisme; la crête des tibias est nettement convexe en avant dans sa moitié inférieure ; les fémurs, et surtout le gauche, sont légèrement incurvés en avant et en dehors. Les membres supérieurs sont aussi très longs et très grêles : les mains sont grandes, les doigts sont grêles et noueux à leurs articulations ; leur extrémité descend à 6 ou 7 centimètres au-dessous de la rotule.

Le sternum, saillant en avant et à droite, est en forme de carêne.

Les bosses frontales sont peu saillantes ; les dents sont bonnes. Il existe un léger strabisme interne de l'œil droit.

La colonne vertébrale est très déformée. A partir de la 7e cervicale, elle décrit une double courbure. La première courbure est la plus importante ; elle intéresse toutes les vertèbres dorsales, et décrit une convexité dirigée à droite et en arrière, Il s'agit donc d'une vaste scoliose droite, mais compliquée de cyphose. Si on relie l'apophyse épineuse de la proéminente à la base du sacrum, on voit que l'aphophyse épineuse la plus éloignée de cette ligne en est distante de 5 cent. 1/2. C'est la sixième vertèbre dorsale qui forme le sommet de la scoliose.

La courbure de compensation intéresse les vertèbres lombaires ; elle forme une convexité peu marquée et dirigée à gauche.

L'omoplate gauche est fixée sur les côtés et un peu abaissée. Au-dessous, on voit un pli cutané très marqué, et, entre ce pli





D'après les photographies de F. MÉHEUX.

CYPHO-SCOLIOSE *(Observation 1)*

Phototypie Berthaud, Paris.

et la crête iliaque, la paroi abdominale fait une saillie convexe en dehors.

L'omoplate droite est plus élevée que la gauche, et son angle inférieur se détache de la gibbosité en formant une saillie très rapprochée de la crête iliaque.

Le bassin est en antéversion. Lorsque la femme est debout, sa vulve regarde directement en bas.

La face postérieure du sacrum est légèrement concave en arrière. L'articulation sacro-coccygienne forme une saillie convexe en arrière ; le coccyx se dirige de là en bas et en avant.

Les épines iliaques postérieures et supérieures sont plus rapprochées l'une de l'autre que d'habitude : la distance qui les sépare est de 5 centimètres seulement. Les ailes iliaques sont déjetées en dehors ; le diamètre qui réunit les deux épines iliaques supérieures et antérieures mesure 28 cent. 1/2 ; il est plus grand que le diamètre qui réunit les deux crêtes iliaques.

Par le toucher, le bassin est généralement rétréci ; il ne paraît pas asymétrique ; on arrive également sur la paroi latérale gauche et sur la droite. La face antérieure du sacrum est aisément accessible ; elle est convexe en avant : elle offre plusieurs saillies transversales ou faux promontoires. On cherche pour reconnaître l'angle sacro-vertébral, le bord antérieur des ailerons sacrés et on les trouve ; le promontoire, flanqué de chaque côté par les ailerons est considéré comme la véritable articulation du sacrum avec la dernière vertèbre lombaire. La distance qui le sépare du sous-pubis est de 9 cent. 5. Au-dessus de lui, la surface osseuse fuit sous le doigt qui perd peu à peu le contact. Le diamètre sous-sacro-sous-pubien mesure 8 cent. Le diamètre biischiatique mesure à travers la couche graisseuse tégumentaire, 8 cent. et demi environ.

Le bassin est donc rachitique, notablement rétréci dans toute son étendue, mais surtout dans le sens antéro-postérieur, puisque le diamètre disponible dans ce sens pour la descente de la tête est de 8 cent. seulement. — Le ventre est en antéversion.

L'enfant se présente par le sommet ; il est vivant.

M. Tarnier pense que l'accouchement prématuré ne donnerait pas de bon résultat, étant donné l'étroitesse du bassin et la lordose sacrée ; il décide qu'on attendra le terme de la grossesse pour pratiquer alors la symphyséotomie.

La grossesse suit son cours ; le ventre augmente de volume et, dans le courant de décembre, la femme se plaint de palpitations et d'étouffements. Son urine est devenue légèrement albumineuse. Le régime lacté absolu fait disparaître cette albuminurie en quelques jours, mais les battements de cœur et les étouffements persistent ; ils sont évidemment dus à la gêne apportée dans le fonctionnement du cœur et des poumons par le développement de l'utérus retentissant sur un thorax considérablement déformé par la scolio-cyphose.

Les premières douleurs de l'accouchement se montrent le 27 décembre 1894, à 8 heures du soir. Le col s'efface et se dilate lentement. Pour accélérer sa dilatation, on applique le ballon de Champetier de Ribes à 3 heures 1/2 ; à 4 heures 1/2, il est retiré et la dilatation est complète ; les membranes sont intactes ; la tête est très élevée en OIGT. L'enfant est vivant.

M. Demelin est chargé de pratiquer la symphyséotomie ; il est aidé par MM. Tarnier et Bar. Les précautions antiseptiques ont été prises, et la femme est endormie.

L'opération est des plus simples ; une fois les téguments incisés, la symphyse est mise à nu. L'index gauche est glissé derrière elle, en pénétrant entre les tendons des muscles droits de haut en bas. Le bistouri trouve immédiatement l'espace interpubien. La symphyse entièrement sectionnée permet aux os de se séparer. On écarte les pubis de 6 centimètres. Il n'y a pas la moindre hémorrhagie. Les membranes de l'œuf sont rompues ; le forceps est appliqué sur la tête en OIGT ; de légères tractions suffisent pour produire l'engagement. Une fois la tête descendue dans l'excavation, MM. Tarnier et Bar ferment et maintiennent le bassin pour le dégagement de la tête qui se fait en O.-pubienne. Une petite déchirure du périnée se produit sur une longueur de 1 centimètre. L'enfant naît avec un circulaire du cordon autour

du cou. Il est en état de mort apparente, état attribué à la compression du circulaire par le ballon de Champetier. Des tractions sur la langue sont faites sur l'avis de M. Tarnier, pendant quatre minutes. Au bout de ce temps, les battements du cœur s'éloignant de plus en plus, M. Tarnier fait abandonner les tractions de la langue et les remplace par l'insufflation de bouche à bouche. Au bout de cinq minutes, l'enfant est complètement ranimé ; il crie et s'est toujours bien porté depuis. Il pesait à sa naissance 3,350 grammes, était long de 51 centim. et avait les diamètres céphaliques suivants : O. M. 12,7 ; O. F. 11, 6 ; S. O. B. 8,8 ; B. P. 9,6 ; B. T. 8,7.

L'enfant une fois extrait, la femme respire fort mal : elle est pâle, avec les lèvres un peu violacées ; les pupilles sont dilatées, les cornées sans réflexe, le pouls est faible et rapide. L'utérus est un peu mou ; une légère perte sanguine provient de sa cavité. Demelin fait la délivrance artificielle. La totalité du sang répandu a été évaluée par M. Tarnier à 400 grammes au plus.

Injections sous-cutanées de caféine et d'ergotinine. L'hémorrhagie est complètement arrêtée. Mais la femme reste dans le même état demi-syncopal. On fait alors une injection sous-cutanée de sérum artificiel. Les sutures et le pansement sont terminés pendant ce temps. Le bassin est maintenu, jambes rapprochées et élevées, la tête basse.

A 6 heures, la femme paraît hors de danger ; son pouls est rapide, mais bon ; son intelligence est revenue en partie ; elle parle avec assez de netteté.

On la maintient dans l'immobilité la plus complète, et on la surveille avec la plus grande attention. L'utérus est bien rétracté ; il n'y a pas d'hémorrhagie.

L'état reste le même, très satisfaisant, jusqu'à 9 heures et demie.

A ce moment, la femme s'agite, se plaint d'étouffer ; on s'empresse auprès d'elle, mais elle meurt presque subitement. Il n'y avait pas trace d'hémorrhagie provenant soit de l'utérus, soit de la plaie pubienne.

L'autopsie est faite le 30 décembre par le docteur Létienne, préparateur à la Clinique d'accouchements et M. Patay.

Les organes ne sont pas décolorés ni exsangues; la femme n'est pas morte d'hémorrhagie.

A l'ouverture du thorax, on trouve que le diaphragme est encore repoussé en haut ; les poumons occupent une hauteur de 8 cent. 5 et 11 cent. au niveau des côtes. Rien d'anormal du côté des plèvres.

Le cœur est renfermé dans un péricarde lâche et flasque. Il offre une particularité très importante : la paroi du cœur droit est encombrée de graisse ; la face antérieure du ventricule droit est creusée d'un énorme sillon presque transversal, séparant la partie antéro-inférieure de l'antéro-supérieure. Il semble que le cœur ait subi une véritable antéflexion sous l'influence de la déformation thoracique. La disposition de ce sillon est telle que l'infundibulum se détache nettement et qu'on peut suivre, pour ainsi dire, de l'extérieur, le trajet du courant pulmonaire.

Le ventricule droit a une paroi flasque et très mince, qui n'excède pas 3 millimètres d'épaisseur.

L'artère pulmonaire est bien conformée ; ses parois sont minces, franchement translucides ; elle ont la minceur d'un feuillet péricardique, Les valvules pulmonaires sont extrêmement délicates ; elles présentent au niveau de leur point d'attache la disposition dite fenêtrée. La tricuspide, délicate et grêle, semble normale.

Le ventricule droit est complètement vide de caillots et de sang. Le ventricule gauche, irrégulier dans sa forme, est à l'état de systole très accentuée et comme tétanisé. Il ne contient ni sang liquide ni caillots.

La valvule mitrale est saine. L'aorte est souple et élastique ; les valvules aortiques sont normales (non fenêtrées). L'origine des coronales est normale. Les gros vaisseaux du cou sout normaux.

Le cœur pèse 270 gr. L'aorte thoracique admet la pulpe de l'index.

Les poumons offrent un peu d'emphysème du lobe supérieur ; on note une congestion cadavérique légère des régions postéro-inférieures. Le poumon droit pèse 150 gr. ; le gauche pèse 170 gr.

(Celui-ci se trouvait placé dans la partie la moins étroite de la cage thoracique.)

Le foie pèse.	1.150	grammes.
Le rein gauche pèse	120	—
— droit pèse	100	—
La rate pèse.	130	—
L'utérus pèse.	770	—

Le rein gauche déformé, en forme de pyramide triangulaire, est situé sur la ligne médiane, dans la cavité formée par la déviation de la colonne vertébrale. Le rein droit est à sa place normale.

Le colon transverse se présente à l'ouverture de l'abdomen ; l'estomac et le reste du tube digestif sont sains.

Il existe à la partie antéro-inférieure du vagin et à 1 cent. en arrière de la commissure antérieure une déchirure longue de 1 cent. 1/2 environ.

On trouve un corps jaune dans l'ovaire droit.

La cavité utérine présente quelques rares caillots sans traces de débris placentaires.

La vessie et l'urèthre sont intacts et normaux.

Le périnée présente une déchirure qui n'atteint pas le sphincter.

C'est surtout à partir de la 6e dorsale que la colonne vertébrale se dirige horizontalement vers la droite et un peu en arrière.

Les deux dernières lombaires reviennent sur la ligne médiane et regardent par leur corps un peu à gauche et en avant.

Les autres vertèbres lombaires atteignent l'angle scoliotique.

Les dernières dorsales sont presque accolées à la paroi thoracique droite ; il y a entre elles et les côtes des adhérences pleurales. Le poumon ne pouvait donc s'insinuer dans cette mince gouttière.

Une ligne verticale partant de la 7e cervicale et prolongée en bas, passe à 4 cent. et à gauche de la symphyse rapprochée ; elle passe à droite de la courbure de compensation lombaire qui est faible.

De la partie droite et saillante de la gibbosité à cette perpendiculaire on mesure 14 centimètres.

Les dernières dorsales regardent donc nettement à droite et en dehors Les 1res lombaires regardent en avant, en haut et à gauche.

La partie gauche de la cage thoracique est moins développée que la droite.

Les dernières côtes sont imbriquées et débordent en dehors de la crête iliaque gauche.

Les dimensions du bassin revêtu de ses parties molles, les pubis étant rapprochés, sont les suivantes :

Diamètre	antéro-postérieur minimum . .	8	centimètres.
—	transverse du détroit supérieur.	13	—
—	oblique droit	12.4	—
—	oblique gauche . . . . , . .	12.2	—
—	promonto-sous-pubien	11	—
—	coccy-pubien	6	—
—	après rétropulsion du coccyx. .	8.5	—
Diamètre	oblique droit de l'excavation. .	10	centimètres.
—	— gauche de l'excavation .	11	—
—	— bisciatique	9.4	—

Le bassin, dépouillé de ses parties molles et ruginé offre les diamètres suivants :

Diamètre	antéro-postérieur minimum . .	8	centimètres.
—	transverse du détroit supérieur.	13.5	—
—	oblique droit —	12.8	—
—	— gauche —	12.4	—
—	sacro-sous-pubien.	8	—
—	promonto-sous-pubien	11	—
—	faux promonto-sous-pubien . .	9.5	—
—	bi-ischiatique	10.5	—

Il convient de noter une divergence notable entre les résultats de l'examen clinique et de l'examen nécroscopique au point de vue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Cliniquement, le promonto-sous-pubien avait été de 9,5, tandis qu'anatomiquement il a 11 centimètres. Il y a eu confusion, et, en clinique, on a pris un faux promontoire sacré pour l'angle sacro-vertébral. L'erreur était presque impossible à éviter en raison de la forme toute spéciale du sacrum. La face antérieure du sacrum était fortement convexe, et le point culminant de cette convexité siégeait à l'union de la première pièce sacrée avec la seconde. Or, en raison de cette coudure de l'os, les bords antérieurs des ailerons sacrés étaient abaissés et se trouvaient reprendre exactement à l'union de la première pièce sacrée avec la seconde, et les trous sacrés ne commençaient qu'au-dessous. La caractéristique anatomique et clinique de l'angle sacro-vertébral était donc descendue à niveau du premier faux promontoire ; et ainsi s'explique l'erreur commise. La mensuration du diamètre disponible était exacte : 8 cent.

Les symphyses sacro-iliaques ont baillé toutes deux en avant : les ligaments antérieurs de la symphyse droite sont décollés sur une longueur de 2 cent. environ.

Avec un écartement interpubien de 4 cent., la symphyse sacro-iliaque droite baille en avant de 4 mm., et la gauche de 3 mm. Avec un écartement interpubien de 5 cent., la symphyse sacro-iliaque droite baille en avant de 5 mm. et la gauche de 4 mm.

Le bassin était donc rétréci, surtout dans son excavation qui ne mesurait que 8 cent.

Le détroit inférieur était rétréci, surtout d'avant en arrière (sous-sacro-pubien de 8 cent., coccy-pubien de 6 à 8,5, bi-ischiaque de 10,5). La branche ischio-pubienne gauche était un peu plus longue que l'autre et la symphyse pubienne légèrement déviée à droite.

En résumé, le bassin était dévié, en antéversion, à peu près normal au détroit supérieur, rétréci au détroit inférieur, et surtout dans l'excavation par lordose sacrée.

La mort subite n'est pas due à l'hémorrhagie, qui a été insuffisante comme quantité (400 grammes en tout), et qui était complètement arrêtée dès la fin de l'opération.

La mort subite n'est pas due au chloroforme, car, bien qu'il y ait eu une alerte à la fin de l'opération, la malade est sortie du sommeil anesthésique et a parlé plusieurs fois avant de succomber.

La mort subite n'est pas due à une embolie : on n'en a pas trouvé.

M. Tarnier pense que chacune des causes précédentes, la dernière exceptée, insuffisante par elle seule, a pu produire le dénouement fatal en s'unissant aux autres. Il faut y joindre encore le choc opératoire, et surtout la déformation si spéciale du cœur, agissant comme cause prédisposante, en même temps que l'étroitesse et la déviation de la cage thoracique.

OBSERVATION CLINIQUE N° 2 (personnelle).

recueillie à la Clinique.

V..., Marie, 22 ans. 8 février 95.

A. H : Grand père paternel avait un pied bot.

Père bien portant, 43 ans.

Mère également bien portante : 48 ans, n'a eu que la parturiente.

A. P. : Née à terme, à Rouen, élevée au biberon jusqu'à 1 an 1/2 en Normandie. Maladive (fluxion de poitrine à 2 mois), n'a marché qu'à 2 ans 1/2.

On s'est aperçu à l'âge de 10 mois que sa colonne vertébrale se déviait. L'année dernière seulement, à 21 ans par conséquent, on lui fit faire un corset sur le conseil de gens étrangers (corset de 300 fr., dit-elle, qui la gêne et la fatigue plutôt, aussi ne le porte-t-elle que par intervalles).

N'a jamais été robuste, mais toujours assez bien portante depuis l'âge de 3 ans.

Réglée pour la première fois à 17 ans ; n'habite Paris que depuis 4 ans, auparavant était en Normandie.

Toujours bien réglée, peu abondamment, pas beaucoup de douleurs, un peu de leucorrhée dans l'intervalle.

D. R. : 22 ans, 25 juillet, est devenue enceinte, croit-elle, vers le 28 juillet. Maux de cœur, vomissements pendant 2 mois.

Urines non albumineuses.

A senti remuer à 4 mois 1/2 ! ! ! sent nettement maintenant.

Examen. (planche II, figure 1). — Membres inférieurs : fémurs un peu convexes en dehors, tibias très peu déformés, membres généralement longs et grêles, mais peu déformés ainsi qu'on peut le voir sur la figure la représentant.

La jambe et la cuisse du côté droit sont plus maigres d'un bon centimètre de circonférence que le membre inférieur du côté gauche.

Le sternum est incliné de haut en bas, et de droite à gauche, toutes les articulations chondro-costales sont saillantes de même que l'appendice xyphoïde qui est presque renversée en avant.

Les fausses côtes forment une saillie très apparente dont la peau est épaissie en avant et à droite.

Les 3 dernières côtes forment pour ainsi dire le plancher de cette saillie, dont le côté externe est formé par les 7e, 8e et 9e.

Membres supérieurs, longs (70 cent.) et bien conformés.

Le bras droit descend jusqu'au tibia, le gauche seulement à 4 cent. de cet os.

Les bosses frontales sont saillantes, surtout la droite.

Dents mauvaises et striées perpendiculairement.

L'œil droit et la narine de ce côté sent un peu plus formés que ceux du côté opposé.

Rachis : A partir de la 7e cervicale, les apophyses épineuses forment une forte courbure vers la gauche : scoliose dorsale à convexité gauche avec un degré assez marqué de cyphose ; les lombaires ne reviennent pas beaucoup sur la ligne médiane. La flèche dorsale est de 8 cent.

Un sillon très marqué est formé à droite par les 9 premières

côtes et au-dessous par les 3 dernières qui sont repoussées en dessous par la crête iliaque et forment alors en avant cette saillie dont nous avons parlé.

L'omoplate droite est presque en contact avec la crête iliaque de ce côté (et l'est encore davantage après l'accouchement).

Poumons : Le nombre des inspirations dépasse 40 par minutes, la malade dit qu'elle est oppressée depuis 2 mois environ.

Cœur : On sent battre sa pointe entre la 8e et la 9e côtes gauche, il semble normal, mais ses battements sont un peu sourds. Dans le 3e espace intercostal gauche on sent sous le doigt un courant sanguin.

Seins bien développés, vergeturés. Mamelon saillant.

Utérus assez volumineux, à un doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, est de plus dévié à gauche. Auscultation positive.

Lorsque la malade est debout, elle ne peut s'appuyer simultanément sur ses deux talons et elle élève par le pied appuyé l'aile iliaque correspondante.

La fesse gauche est plus aplatie que la droite.

Hauteur totale : 1 m. 36.

Toucher douloureux, col reporté en arrière, fermé, symphyse pubienne douloureuse à la pression.

A droite, on sent facilement le tour du détroit supérieur, surtout dans les deux premiers tiers, on ne sent pas le promontoire, mais en bas le coccyx est très rejeté en avant.

On sent sur les côtés deux saillies qui semblent être les épines sciatiques.

Les cavités cotyloïdes semblent aussi avoir pénétré le détroit supérieur. La symphyse pubienne est légèrement en bec de canard.

On mesure 8 cent. entre les ischions par dessus les parties molles.

La malade qui est gardée à la Clinique voit ses inspirations augmenter de plus en plus de fréquence et sa respiration devenir de plus en plus gênée. Il y a maintenant 50 inspirations par minute et toutes les 12 inspirations une plus grande. Le nombre





D'après les photographies de F. Méheux.

CYPHO-SCOLIOSE *(Observ. 3)*

CYPHO-SCOLIOSE *(Observ. 2)*

Phototypie Berthaud, Paris.

des inspirations ont atteint 60 et l'inspiration plus ample se produit toutes les 6 inspirations.

M. le Professeur Tarnier se décide devant ces troubles respiratoires à provoquer l'accouchement, il introduit le 7 février à 11 heures du matin son ballon dilatateur.

Le 8, dilatation comme une pièce de 5 francs, puis le ballon retiré du vagin, on place l'écarteur (il y a 56 mm. d'écartement entre les branches). On le place une deuxième fois à 6 heures 30 et une troisième fois pendant 35 minutes à 8 heures 30.

Dilatation comme une paume de main. Rupture spontanée des membranes à 8 heures 45.

La tête restant dans l'excavation et les contractions utérines étant peu marquées, Mlle Hanicot fait une application de forceps dans l'excavation. La tête est en OS et ne veut pas tourner, on la dégage ainsi. 31 heures 45 de travail.

Périnée intact.

Garçon. 1200 gr. (six mois à peine) mort 1 heure 15 après sa naissance. Bosse séro-sanguine à droite.

La mère est sortie en bonne santé avec 20 à 25 inspirations seulement par minute.

OBSERVATION CLINIQUE. N° 3 (Personnelle).

Recueillie à la Clinique.

W... femme P..., 39 ans. Primipare, 9 déc. 1894.

AH. : *Mère* très bien portante, morte à 62 ans d'une tumeur de l'estomac, avait eu deux autres enfants qui sont solides et bien bâtis. Une sœur a eu 4 enfants dont 2 survivent et sont en bon état.

Père mort à 64 ans, paralysé.

A. P. Née à terme, à Paris, élevée au sein par sa mère, facile à élever bien que délicate, a marché à 17 mois, mais ne s'est jamais arrêtée, a eu des convulsions à la première dentition. Scarlatine à 10 ans.

La déformation a commencé à 17 mois, on avait consulté dès qu'elle eut 2 ans, car elle était déjà très contrefaite, les médecins n'avaient rien ordonné.

En pension, la scoliose ne s'est pas exagérée. Depuis l'âge de 13 ans 1/2 elle travaille à la couture.

Réglée à 20 ans, régulièrement ; a été soignée pour une métrite et on lui a dit à ce moment qu'elle pourrait avoir des enfants. Mariée en mars 1894.

Primipare. Dernières règles : 20 au 25 mars, a eu quelques vomissements après le repas au cours des premiers mois.

Sent remuer depuis le 20 juillet.

Examen 2 août 1894. (Voir planche II, figure 2).

Membres inférieurs : jambes et cuisses droites, longues, grêles, sans incurvation. Membres parfaitement égaux. Masses musculaires peu développées, pas de lésion des hanches.

Membres supérieurs. Longs, grêles, pas déformés.

Les membres étant allongés le long du corps, l'extrémité des doigts arrive à 6 cent. des rotules aussi bien du côté droit que du côté gauche.

Sternum. Fortement bombé en avant, irrégulier, présente trois ou quatre saillies transversales depuis l'extrémité inférieure de la poignée jusqu'à l'appendice.

Rachis. Colonne dorsale. Scoliose à convexité droite, très prononcée, commençant à la 2e vertèbre dorsale et finissant à la 11e. Vers le milieu de l'incurvation rachidienne les apophyses épineuses regardent directement en dehors et à gauche.

La gouttière costo-vertébrale du côté droit forme une gibbosité étendue de l'épine de l'omoplate jusqu'à la région lombaire et large de quatre travers de doigt environ.

La paroi costale du côté gauche est comme pliée en deux par une incisure profonde, située à environ quatre travers de doigt de l'épine de l'omoplate en arrière, se dirigeant en avant presque transversalement.

La fosse sous-épineuse regarde en bas et la pointe de l'omoplate répond au fond de l'extrémité antérieure de l'incisure.

Colonne lombaire : Scoliose légère à convexité gauche.

La fesse droite est un peu plus étroite dans le sens transversal que la fesse gauche.

Le sommet des apophyses épineuses des dernières lombaires est sur la ligne médiane.

Pouls : inégal avec intermittences et des pulsations plus faibles les unes que les autres.

Cœur. arythmique, régulièrement irrégulier, toutes les trois révolutions cardiaques, il y a une intermittence.

Pas de souffle à la pointe ni à la base.

La respiration s'entend mal à gauche en arrière.

Le fond de *l'utérus* remonte à un travers de doigt au dessous de l'ombilic. (2 août) par moments, léger ballottement fœtal. Auscultation négative.

Pas d'hyperesthésie vulvaire.

La symphyse pubienne est légèrement douloureuse au toucher, hauteur normale.

Col mou, petit, virgineus, dirigé un peu vers la droite le volume du corps est celui des deux poings.

On sent une partie fœtale dans le cul-de-sac latéral gauche.

La face antérieure du sacrum ne devient accessible que dans sa moitié inférieure. Les deux attaches du petit ligament sacro-sciatique droit sont plus saillantes que celles du côté opposé. Le petit ligament droit lui-même est plus saillant que le gauche.

Les branches ischio-pubiennes sont tranchantes par leurs bords. Celle du côté droit est plus rapprochée de la ligne médiane et plus verticale que celle du côté gauche.

L'ischion droit est plus bas que le gauche.

Bi-crêtes : 25. Bi-épineux : 25, 8.

Bi-ischiatiques mesurés avec les téguments : 10, 7.

14 Nov. Fond de l'utérus 4 doigts au-dessus de l'ombilic OIGA, enfant vivant.

Entre parce qu'elle ne peut plus marcher depuis 15 jours. Douleurs à la symphyse pubienne et sacro-iliaque gauche.

Urines albumineuses. Vomissements. Crampes dans les membres inférieurs.

Apparition des premières douleurs, 8 déc. 3 h. matin.

A l'entrée dans la salle le 9, à 10 h. du matin, 1 fr. de dilatation, complète à 10h. 30. Liquide amniotique normal.

OIGA. Partie supérieure de l'excavation. Battements bons.

De 9 à 1 h. de l'après-midi la tête s'inclinait fortement sur le pariétal antérieur (le droit) la suture sagittale était rejetée tout entière à gauche du diamètre promonto-pubienne. quelques minutes avant l'expulsion, la tête étant à la vulve. on arrivait très facilement sur l'oreille droite et on trouvait immédiatement au-dessus d'elle le cordon faisant un circulaire lâche autour du cou.

Les battements sont bons, on fait préparer le forceps, mais l'accouchement se termine spontanément quelques minutes après à 10 h. 55 du soir. en OP.

Périnée intact. Fille : 2190 gr. (8 mois 1 semaine) 46 cent.

Délivrance naturelle.

Le bassin semble un peu aplati à gauche, le sacrum redressé en arrière formant un angle avec le coccyx qui est douloureux après l'accouchement. Le lendemain la douleur symphysaire a disparu. La femme et l'enfant sortent en bon état.

OBSERVATION CLINIQUE N° 4. (personnelle)

Recueillie à la Clinique.

P... femme M... Émilie, 27 ans, 2 août 1894.

A.H. : *Père* âgé de 64 ans bien portant(Tailleur.)

Mère âgée de 64 ans, bien portante, a eu 4 enfants dont la parturiente seule survit (1er mort à 2 mois un 2e mort à 18 mois, un 3e mort à 5 ans).

A.P. Née à terme, élevée au sein par une nourrice dans le Lot. facile à élever, a marché à 15 mois. Ce n'est que vers l'âge de 12 ans qu'on a remarqué qu'elle se tenait toujours inclinée du côté gauche et on consulta un médecin qui conseilla un corset et fit suspendre la malade.

A eu une fièvre muqueuse à 7 ans et est sujette depuis son enfance à des migraines accompagnées de vomissements qui reviennent tous les 8 ou 15 jours.

Elle allait à l'école au moment où l'on s'est aperçu de la déformation, a été depuis dans un atelier de couture.

Réglée pour la première fois à 12 ans 1/2, pas très régulièrement, à 14 ans, a été anémique (pilules de fer) donc très mal réglée jusqu'à 18 ans.

L'inclinaison de la colonne vertébrale avait augmenté pendant ce temps (elle était grande et mince vers les 12 ans et n'a plus grandi depuis).

A partir de 18 ans a été bien réglée, 3 à 5 jours, peu abondamment, sans souffrances. Jamais de leucorrhée sauf au cours de son anémie.

Mariée à 21 ans (mari bien portant, 32 ans, journalier, a été au régiment 4 ans, aurait marché de bonne heure puis été arrêté quelque temps).

1er grossesse en 1889. (Mariage 16 juillet 1888. Accouchement 11 mai). Grossesse facile, n'a plus eu ses migraines pendant ce temps, accouchement à terme, spontané, 3/4 d'heure de travail dit-elle. Gros enfant, *10 livres ?* dit-elle, pas de suites de couches pathologiques, s'est levée le 3e jour, a nourri pendant 18 mois.

Cet enfant est actuellement très bien portant.

Jusqu'à la grossesse actuelle elle a toujours été bien réglée, sauf cependant un retard de trois mois qui ne l'a jamais inquiétée.

Grossesse actuelle. Dernières règles : du 7 au 9 septembre.

A été continuellement malade durant cette grossesse, vomissements pendant les 3 premiers mois, a été mise au lait. Pas de vertiges ni de troubles de la vue, mais faiblesse, a eu des cauchemars. Très nerveuse.

Urines normales.

Dit avoir seulement senti remuer le 15 juillet.

Pertes rougeâtres il y a 3 mois, souffre du ventre depuis 4 jours.

Membres inférieurs longs et maigres : tibias droits, fémurs

un peu arqués en avant. La face interne n'est pas en contact et forme la parenthèse. Pas de varices ni d'œdème.

Sternum bombé en avant à l'union de la première et de la deuxième pièce, l'appendice xyphoïde fait saillie en avant.

Bosses frontales un peu saillantes.

Membres supérieurs longs et grêles, mais bien conformés.

Le rachis présente une double courbure latérale.

La 1re supérieure et la plus importante (de la 3e dorsale à la 10e) a sa convexité tournée à droite.

La 2e inférieure intéressant les deux dernières dorsales et les lombaires, a sa convexité tournée à gauche.

Tout le coté droit de la cavité thoracique fait une forte saillie à droite et en arrière. L'omoplate est surélevée et son angle inférieur déjeté en arrière.

Les 2 épaules sont sur une même ligne horizontale, mais la droite paraît beaucoup plus allongée que la gauche. A l'inspection du bassin debout, il paraît normal et bien développé, le sacrum paraît cependant un peu rejeté en arrière : les 2 fémurs ne sont pas symétriques, la droite paraît plus large.

Le trochanter antérieur gauche fait une plus forte saillie qu'à droite.

Seins bien développés, mamelons saillants.

Poumons. Respiration un peu souffrante à gauche.

Cœur. Normal.

Examen obstétrical. Inspection : ligne brune peu marquée.

Vergetures anciennes et récentes.

Fond de l'utérus à 1 travers de doigt de l'appendice xyphoïde.

Utérus en antéversion.

Utérus tendu, douleurs fréquentes, plan résistant à droite, petits membres à gauche, on sent le sommet qui s'engage et qui est déjà fixé. Maximum des bruits du cœur à droite. Col effacé. Dilat. : 5 francs (2 août).

Le 31 juillet. L'examen du bassin par M. Demelin donnait : face antérieure du sacrum accessible en haut près du promon-

toire. Bassin généralement et modérément rétréci. Symphyse pubienne douloureuse et un peu déviée.

Le travail continue le 1 août : à 5 heures, petite paume OIDT, la tête descend. A 6 heures on sent la fontanelle postérieure au centre de l'excavation. La tête descend peu à peu. A 6 heures 15, la tête se dégage en OP, la rotation externe se fait seule, il y a latérocidence de la main gauche.

Garçon. 3250 gr. 46 cent. Pieds-bots surtout à droite.

OM : 12,8. — OP : s1,9. — SoBr. : 10,4. — BP : 9,5. — BT : 8,6.

Délivrance normale.

Mère et enfant sortis bien portants.

OBSERVATION CLINIQUE N° 5 (personnelle).

Recueillie à la Clinique.

M.. née B... Marie, 23 ans. 27 Nov. 94.

Ne sait pas à quel âge elle a marché, mais croit que c'est vers un an et qu'elle ne s'est pas arrêtée.

Le médecin consulté vers l'âge de 8 à 10 ans pour la déviation du rachis n'a pas conseillé l'usage d'un corset.

Réglée à 13 ans, toujours bien.

1re *grossesse* normale, accouchement normal, rapide. L'enfant pesait 17 livres lorsque la mère a cessé de le nourrir.

Grossesse actuelle : Dernières règles : 27 au 30 janvier.

Urines normales.

Ni œdème ni varices des membres inférieurs.

Squelette des membres inférieurs à peine touché par le rachitisme, les tibias sont droits et il faut chercher bien attentivement pour trouver une légère incurvation en dedans.

Les cuisses sont fortement musclées.

Le sternum est peu déformé.

Rachis. Scoliose dorsale à convexité droite. Le côté droit est bien plus saillant que le gauche. La courbure lombaire de compensation est très peu marquée.

Utérus à l'appendice xyphoïde. OIDP, enfant vivant.

Col perméable aux deux orifices. Longueur de 2 cent. environ, on arrive sur la tête coiffée des membranes, on sent la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche.

On atteint le promontoire mais assez loin, on fait assez facilement le tour du détroit supérieur, l'aile sacrée gauche paraît un peu diminuée.

Donc bassin généralement, mais modérément rétréci.

Premières douleurs : 26 nov., 9 h. soir.

Entrée à la salle d'accouchement. 27 nov., 1 h. matin, avec une dilatation comme 1 franc. Urine albumineuse (travail). Dilatation complète 27 nov. 7 h. 30 matin.

Rupture spontanée des membranes, liquide amniotique normal comme qualité et quantité.

OIDA. Tête dans l'excavation. Battements bons.

Terminaison naturelle. OP. 27 nov. 7 h. 40 matin.

Circulaire lâche du cou, petite éraillure de la fourchette (1 serre-fosse). Le travail a duré 10 h. 40.

Garçon en bon état, 3110 gr. 50 cent.

OM : 12,8. OF : 11,5. SoBr. : 9. BP : 8. BT : 8.2.

Délivrance naturelle.

Mère et enfant sortis bien portants.

OBSERVATION CLINIQUE N° 6 (personnelle).

Recueillie à la Maternité (grâce à l'obligeance de Mme Henry).

G... Louise, 22 ans, ménagère, 12 nov. 1894.

A. H.: *Mère* morte en couches sans avoir été accouchée, avait eu 4 autres enfants : 1 garçon qui a fait son service militaire et 3 autres filles bien conformées qui n'ont pas d'enfants.

Père est atteint d'une maladie de cœur, sobre.

A. P. Née à terme, élevée au sein par sa mère en province ne sait à quel âge elle a marché. La déformation de la colonne vertébrale serait survenue à 6 ans « à la suite d'une chute » jamais de traitement.

Facile à élever. Réglée à 16 ans toujours régulièrement peu abondamment et sans souffrances.

Un peu de leucorrhée dans l'intervalle.

Primipare. Dernières règles : 24 au 30 janvier, a senti remuer le 14 juillet. Maux de cœur. Leucorrhée.

Urines normales.

Les membres inférieurs sont peu déformés, ils ont une longueur de 84 cent. et le seul signe de rachitisme est la courbure à concavité interne des 2 membres qui forment la parenthèse. On mesure 8 cent. d'écartement entre les genoux.

Les membres supérieurs sont longs et grêles, les doigts arrivent à 3 cent. de la rotule.

Bosses frontales très saillantes. Prognathe, voûte palatine en ogive.

Rachis. De la 1re dorsale à la 6e, il y a une forte scoliose à convexité droite déjetant le thorax de ce côté.

Au niveau de la 6e dorsale le rachis revient vers la gauche et la courbure de compensation intéresse les dernières vertèbres dorsales. Les vertèbres lombaires, comme les cervicales, semblent sur la ligne médiane.

La hanche droite semble soulevée mais on sent que ce sont les dernières fausses côtes qui, plongeant dans le bassin donnent cet aspect.

Les 2 seins ont un volume énorme. La femme ne nourrit pas.

Cœur normal. Poumon gauche : un peu de souffle et quelques râles fins.

On atteint le promontoire mais assez loin PsP : 11,5. On fait facilement le tour du détroit supérieur et le bassin semble généralement rétréci mais surtout à gauche.

Taille 1 m. 41.

Premières douleurs : 12 nov. 1 h. du matin. Fond de l'utérus à droite. Col à gauche, effacé, dilatation 2 francs, à l'entrée dans la salle.

Sommet OIDA.

Dilatation complète à 2 h. du soir. Terminaison spontanée le 12 nov. 1894 à 4 h. 15 du soir. Périnée intact.

Garçon bien portant. 3120 gr. 50 cent.

OF : 11. — OM : 13,5. — SoBr. : 9. — BP : 8.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION CLINIQUE N° 7 (personnelle).

Recueillie à la Clinique.

Femme G..., née Thérèse G..., 43 ans. 29 août 1893.

A. H. : Père et mère morts d'affections aiguës en une semaine.

A. P. : Age de la marche inconnu, néanmoins cette femme a entendu dire qu'elle avait marché très jeune.

Vers l'âge de 5 ans, elle dit avoir été violée par un individu de 21 ans, mais pendant les 5 années qui ont suivi ce viol, elle a joui d'une bonne santé. Ce n'est que vers l'âge de 11 ans qu'elle tomba malade. Elle entra alors à l'hôpital, où elle eut une suppuration au niveau du sein droit en deux endroits et au niveau de la poignée du sternum. Ces abcès dont on retrouve les cicatrices ont eut une durée de 4 ans. C'est pendant son séjour à l'hôpital que s'est produite la déformation de la colonne vertébrale dont elle est atteinte.

Réglée à 19 ans. 5 à 6 jours chaque mois.

1re Grossesse, à l'âge de 32 ans. Accouchement à terme, enfant mort le 9e jour. Dit avoir eu une attaque d'éclampsie après la délivrance.

2e Grossesse. Accouchement prématuré spontané de 8 mois 1/2, sans suites pathologiques.

3e Grossesse. Accouchement à terme normal, sans complications. L'enfant est mort à l'âge de 15 mois du croup.

4e Grossesse. Accouchement à terme. L'hémorrhagie après la délivrance.

5e Grossesse. Actuelle. Dernières règles : date inconnue.

Inspection : Membres inférieurs grêles, cuisses courtes, jam-

bes incurvées en dedans, quelques varicosités aux membres inférieurs. Asymétrie de la face qui paraît plus dévelopée dans sa moitié droite.

Cypho-scoliose cervico-dorsale. La scoliose est à convexité avec courbure de compensation à la région dorso-lombaire. Les côtés forment à droite de la colonne vertébrale une saillie considérable qu'on penserait à première vue appartenir à la colonne vertébrale elle-même.

On trouve une large cicatrice oblique (10 cent. de longueur) immédiatement au niveau et au-dessous du sein gauche (elle est froncée et recouvre immédiatement les côtes) on en retrouve une deuxième, mais très petite, à 3 cent. au-dessous du mamelon sur le sein gauche.

Il en existe une 3e de même dimension à l'union de l'articulation de la 1re côte avec le sternum.

Utérus en antéversion. Son fond se trouve situé à 4 travers de doigt de l'appendice xyphoïde, les seins sont peu développés, très durs. La pression sur le mamelon fait sourdre une goutte de colostrum. L'aréole n'existe pour ainsi dire pas, il n'y a ni pigmentation, ni tubercules de Montgonnery. La palpitation est difficile à cause de l'antéversion OIDP. Tête mobile au détroit supérieur, col petit, court, perméable à son orifice externe.

On arrive très loin sur la surface antérieure du sacrum et le voisinage de l'angle sacro-vertébral. On trouve du côté gauche, toute la paroi latérale du bassin, surtout ce qui répond au fond cotyloïdien aplatie. Le petit ligament sacro-sciatique fait une saillie assez rigide que l'on sent manifestement : au-dessus et au-dessous de laquelle on trouve des tissus mous. Dans la grande échancrure sciatique, il y a une bride formée par le grand ligament sciatique. Du côté droit on sent la saillie formée par le petit ligament sacro-sciatique. La partie latérale gauche du bassin est plus rétrécie que la droite.

Urines normales. Maux de tête, syncopes, troubles de la vue.

Premières douleurs : 8 h. 30 soir, 29 août 1893.

Dilatation : 5 fr. à 8 h. 40. Complète à 9 h. soir.

Rupture spontanée des membranes à 8 h. 45, liquide normal. OIDA. Battements bons.

Terminaison : 9 h. 15 soir, 29 août 1893, mode naturel OP.

Périnée intact.

Fille. 3.620 gr., 51 cent., en bon état.

OM : 13,7. — OF : 12. — SoBr. : 9,7. — BP : 9,5. — BT : 8,2.

Délivrance naturelle.

Mère et enfant sortis bien portants.

OBSERVATION CLINIQUE N° 8 (personnelle).

Recueillie à la Clinique.

Femme M..., née X. 15 décembre 1894. 32 ans. Primipare.

A.H. : N'a pas connu ses grands-parents, mais sait qu'ils étaient bien portants.

Père d'origine espagnole, mort d'une affection de poitrine (sic), à 62 ans.

Mère morte des suites d'un avortement de 5 mois (péritonite) avait eu 12 grossesses antérieures, les enfants sont tous vivants et bien portants. Les sœurs de la parturiente ont eu des enfants bien conformés, ses frères ont fait leur service militaire.

Les deux derniers enfants, dont elle était, étaient du même père mort poitrinaire.

A.P. : Née à terme, élevée au sein par sa mère dans l'Ardèche. Facile à élever. Ne sait pas à quel âge elle a marché, mais croit que c'est d'assez bonne heure.

Jamais malade. *La déformation scoliotique* s'est développée vers 11 ans 1/2, on s'en est aperçu en lui faisant une robe. Était très forte, « toute ronde, dit-elle. » La scoliose s'est augmentée peu à peu.

Réglée à 14 ans 1/2, toujours régulièrement, durant 4 jours sans souffrances, peu abondamment ; jamais de leucorrhée.

Primipare (32 ans). Dernières règles : 21 ans, 23 février.

Quelques maux de cœur durant les premières semaines.

A senti remner vers le milieu de juillet.

L'examen du squelette ne donne comme signe de rachitisme que la saillie très marquée des bosses frontales.

La scoliose dorsale est à convexité gauche et intéresse les 10 premières dorsales, elle est très marquée et sans cyphose.

La courbure lombaire semble peu accentuée, les apophyses épineuses et en particulier celle de la 5e lombaire sont sensiblement sur la ligne médiane.

Cœur et poumons normaux.

Utérus en antéversion. Fond à 4 travers de doigt de l'appendice xyphoïde. OIGT. Tête élevée. Enfant vivant.

Col en arrière, un peu à gauche, perméable aux 2 orifices, on arrive sur la tête coiffée des membranes, et sur la suture sagittale qui est presque oblique.

La tête n'est qu'amorcée au détroit supérieur.

Bassin. On atteint le promontoire mais il est éloigné, on ne veut pas la face antérieure du sacrum, mais facilement le côté gauche des bassin qu'on atteint et dont on fait le tour même avec la main droite.

Le bassin est donc touché d'avant en arrière mais peu et aplatis à gauche.

Léger nuage d'albumine dans les urines.

Première douleurs le 14 décembre à 2 h. du soir. Entrée à la salle à 3 h. avec une dilatation comme une pièce de 2 francs.

Complète à 1 h. 20 le 15 décembre au matin, les membranes s'étaient rompues spontanément la veille à 10 h. 25 du soir.

Le liquide amniotique était normal comme qualité et quantité.

Sommet engagé à la partie supérieure de l'excavation en OIGA.

Le 15 décembre à 4 h. du matin application de forceps par M. Demelin pour terminer l'accouchement (faiblesse des contractions utérines, résistance du périnée.

Petite éraillure superficielle du périnée.

Garçon : 3,250 gr. 50 cent. bien vivant.

Bosse séro-sanguine, occipito-pariétal droit.

OM : 12,9. OS : 11,4. SoBr : 9,5. BP : 9,4. BT : 9,2.

Délivrance, 15 décembre 4 h. 40 matin, mode naturel.

Placenta fétide : 510 gr.

Après l'expulsion du placenta, l'utérus, qui s'était bien rétracté jusqu'alors, devient mou, la femme perd, le sang ne se coagule pas et ne peut être recueilli.

Introduction de la main dans l'utérus. Injections chaudes Oxygene groyg.

Suites de couches excellentes.

Mère et enfant sortis bien portants.

OBSERVATION CLINIQUE N° 9, (Personnelle).

Recueillie à la clinique

F... Louise. Confiseuse. 29 ans 19 décembre 1894.

A. H. Mère maladive, morte à 48 ans, a eu la parturiente à 42 ans, avait eu 5 autres enfants : deux morts en naissant dont l'un se présentait par le siège, deux frères qui ont fait leur service militaire et une sœur morte d'une bronchite à 23 ans.

Père mort à 74 ans.

A. P. Née à terme croit-elle, ne sait pas comment elle a été élevée, mais sait qu'elle fut maladive, aurait eu une coxalgie du côté gauche (dont il ne reste aucune trace) *scoliotique* dès l'enfance, n'aurait marché qu'à 3 ans et ne fut élevée que grâce à l'huile de foie de morue ordonnée par le curé.

Après 3 ans, facile à élever.

Réglée à 18 ans, toujours en retard, peu abondamment sans souffrances.

2 grossesses antérieures :

1ère à 24 ans. Grossesse facile. Accouchement prématuré spontané à 8 mois 1/2. *Forceps* (Maternité) enfant mort à 21 jours.

2e *grossesse.* Avortement spontané de 2 mois 1/2. Pas de suites pathologiques.

Grossesse actuelle : Dernières règles : 19 au 21 mars. Nausées. Courbatures. Étouffements.

Urines normales. Pas d'œdème ni de varices.

Bosses frontales saillantes.

Rachis. Légère scoliose à convexité droite de la région dorsale. Courbure lombaire à peine sensible.

Membres bien développés sans signes apparents de rachitisme.

Respiration soufflante aux 2 sommets. Légers craquements au sommet gauche. (Sueurs nocturnes, a beaucoup maigri).

Seins peu développés.

Utérus en antéversion, fond à 3 doigts au-dessus de l'ombilic. Ballottement fœtal. Auscultation positive. Col ramolli perméable à l'orifice externe.

Battement vaginal.

Face antérieure du sacrum et promontoire accessibles.

PsP : 10, 5. Faux promontoire sacré.

Bassin généralement rétréci. (*15 septembre*).

Nous conseillons à la malade de revenir au 8e mois de sa grossesse, c'est-à-dire vers le 26 novembre.

26 Nov. Pas d'œdème des membres inférieurs. Urines normales.

Abdomen très développé, réseaux veineux apparents, fond de l'utérus à 2 travers de doigts de l'appendice xyphoïde. Hydramnios. Œdème de la paroi.

Enfant vivant très mobile.

Col perméable aux deux orifices. On arrive très haut sur la tête qui est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Les lésions pulmonaires de la mère sont peut être plus avancées. Son aspect est moins bon que la première fois.

3 déc. Hydramnios toujours marqué, un peu d'œdème de la paroi. Enfant vivant très mobile. Tête dans la fosse iliaque gauche.

Col perméable aux deux orifices, on n'arrive pas sur la tête qui est mobile mais que l'on peut sentir en appuyant sur l'abdomen avec la main gauche.

Urines normales.

15 déc. M. le Prof. Tarnier introduit dans l'utérus son ballon dilatateur. Le 16 il est dans le vagin.

Le 17 l'écarteur est placé trois fois..

Le 19 rupture spontanée des membranes à 7 h.

A 9 h. M. Demelin trouve cependant une poche des eaux flasque, la tête au détroit supérieur avec procidence du cordon, les battements de l'enfant sont ralentis et soufflrants.

A 9 h. 50 M. Demelin tente la version par manœuvres externes sans pouvoir la réussir. Il fait alors la version de Braxton Hicks. Le col était dilaté à ce moment comme 5 francs et permettait seulement l'introduction de deux doigts.

L'amnios flottant gênait pour saisir le pied.

Il fut cependant saisi et amené à la vulve, c'était le pied postérieur, le gauche. La position était OIGT avant la version SIDA après, les battements du cœur étant redevenus bons, on attend ladilatation complète, et à 1 h. après-midi, M. Demelin extrait un enfant vivant sans trop de difficultés.

Manœuvre de Mauriceau-Champetier.

Garçon. 3150 ga.

OM : 12,8. — OF : 11,4. — SoB : 9,8. — BT : 8,1. — BP : 9,6.

Suites de couches normales.

Mère et enfant sortis bien portants.

---

§ 2. — OBSERVATIONS CLINIQUES DE SCOLIOSES DORSALES A CONVEXITÉ TOURNÉE A DROITE.

OBSERVATION N. 10.

Registres de la clinique.

B..., Marie. 26 ans. Domestique, 29 nov. 82.

Primipare. *Rachitique. Scoliose dorsale.*

Bassin vicié, 10 cent. environ sans déduction.

Réglée à 16 ans, irrégulièrement.

Dernières règles, 15 mars. 8 mois environ, ni accidents, ni complications.

Premières douleurs. 28 nov. 5 h. du soir. *Accouchement prématuré provoqué.*

Ruptures des membranes spontanée 29 nov. 9 h. 45 du matin.

Dilatation complète, 4 h. soir. Terminaison 4 h. 45, soir.

Sommet, OIGA. Garçon 2100, 45 cent. OF : 11. — OM : 13. — BP : 8. — SoBr : 9.

Délivrance naturelle.

Le 27 nov. à 9 h. du matin, M. Depaul introduit un tube de Tarnier, l'orifice est très petit, presque fermé et l'instrument passe à frottement, au moment où l'on pousse l'injection, il s'écoule un peu de sang au dehors.

Au bout d'une demi-heure il survient quelques douleurs de reins et de petites contractions. Vers 10 h. 1/2, la femme se sent mouillée et croit avoir perdu les eaux. M. Maygrier l'examine, il trouve le ballon dans le vagin et le retire.

Le 28 à 9 h. du matin, M. Depaul trouvant le col perméable à l'index place une éponge préparée, la malade souffre un peu toute la nuit, l'éponge reste au-dessus du col.

Le 29 à 9 h. 45, rupture spontanée de la poche des eaux, écoulement abondant. Dilatation 1 franc. On sent l'éponge sur le col et au-delà la tête placée en OIGA.

Terminaison spontanée à 4 h. 45. Garçon. Bon état, 2100. OF : 11. — OM : 13. — BP : 8. — SoBr. : 9.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 11.

Registres de la Clinique.

B... Berthe, 22 ans, satineuse, octobre 1871.

Primipare. *Rachitique. Scoliose dorsale.*

Bassin rétréci (4 cent. 1/2).

Réglée tous les mois.

Dernières règles : 21 juillet, enceinte de 3 mois, quelques vomissements.

Hauteur de la femme : 1 m. 10. La colonne vertébrale présente une courbure latérale très apparente au niveau de la région dorsale. Les membres supérieurs et surtout les inférieurs sont fortement tordus de telle sorte que la petite taille de la femme dépend non seulement de la brièveté absolue des os du squelette (si on les mesure en suivant avec le fil leurs courbures), mais encore de leur brièveté relative, abstraction faite des courbures qui en rapprochent naturellement les extrémités.

Le 1er nov., M. Depaul essaie de rompre les membranes avec l'hystéromètre sans y réussir, mais il les décolle sur une assez grande étendue. Douleurs faibles qui cessent bientôt complètement.

Le 3, nouveau décollement plus important, quelques douleurs dans la journée du 3 et le lendemain 4 nov. Elles deviennent plus vives, et le 5 s'exagèrent encore. Rupture des membranes, les eaux s'écoulent. Col petit, dur, ferme et cependant ouvert assez pour permettre l'introduction du doigt.

A 9 h. 45 du matin le fœtus est expulsé ; 16 minutes après, le placenta sort spontanément.

L'enfant est né vivant et a fait immédiatement après la naissance quelques mouvements. On en a provoqué d'autres par action réflexe en lui chatouillant la plante des pieds. Inutile d'ajouter que la possibilité de le faire vivre n'a pas été de longue durée.

Sexe féminin, 55 gr. 14 cent.

OBSERVATION N° 12.

Registres de la Clinique.

Femme D..., 22 ans, émailleuse, 25 fév. 1850.

Cette femme dit n'avoir marché qu'à 3 ans, elle est déjà accouchée à la Clinique, en 1848. L'enfant se présentant par l'épaule, on fit la version pelvienne, celle-ci ne présenta pas grande diffi-

culté et après des tractions assez énergiques, on amena un enfant mort.

Stature moyenne. Les 2 tibias sont contournés à leur partie inférieure, les cuisses sont légèrement arquées, mais elles ne sont ni grosses, ni courtes. *La colonne vertébrale, dans la partie supérieure de la région dorsale, est déviée à droite.* On atteint l'angle sacro-vertébral, le diamètre sacro-pubien a après déduction, 80 à 84 mm., la face antérieure du sacrum paraît aplatie.

Au moment de l'entrée de la femme à la salle de travail, les contractions utérines étaient très fortes, la dilatation comme 5 francs, les membranes intactes. La tête, qui se présente, est élevée au-dessus du détroit supérieur. Dans la pensée que l'accouchement pourra présenter des difficultés, on fait prévenir M. Dubois. A 1 h. du soir, au moment où il voit la malade, les membranes sont rompues depuis 1/4 d'heure, les eaux sont troubles et brunes, la dilatation comme 6 francs, le col mou, souple, dilatable, il est plus bas que la tête qui ne vient pas poser sur lui pendant les contractions, car elle est au-dessus du détroit supérieur. Les contractions sont énergiques et suivies, les bruits du cœur fœtal normaux. M. Dubois pense que le travail sera laborieux et qu'il sera probablement nécessaire d'intervenir pour délivrer la femme. Il revient à 4 h. 30, même état, sauf que le sommet de la calotte osseuse est engagé dans le détroit abdominal. Il se contente d'attendre. M. Dubois revient une troisième fois à 6 h., la tête a notablement avancé, la dilatation est presque complète, le col mince est appliqué sur la tête. Le fœtus ne souffrant pas, l'expectation semble indiquée à M. Dubois, il compte revenir à 8 h. Quelques instants après sa sortie, la dilatation se complète, la tête descend dans l'excavation, l'accouchement se termine à 6 h. 30.

Sommet. Garçon (a crié de suite) 3,500 gr.

OF : 12. — OM : 14. — BP : 9. — SoBr : 10.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION No 13.

Registres de la Maternité.

Bassin vicié, diamètre sacro-sous-pubien, 9 cent. Application du cephalotribe. Version. Enfant à terme.

F... Primipare, 40 ans. Elle a marché à 10 ans, elle est haute de $1^{m}10$, *la colonne vertébrale est contournée en S,* les membres inférieurs sont arqués. Elle nous vint le 12 mai 1862, ayant le col long ouvert, pas de partie fœtale accessible au doigt, la mensuration du diamètre sacro-sous-pubien donna 9 cent. Elle fut reçue grosse de 8 mois et placée à Ste-Claire, d'où elle descendit le 29 juin 1862 à 8 h. du matin ayant déjà des douleurs depuis 14 heures, elle avait un orifice souple, épais, permettant l'introduction du doigt. Les membranes rompues au-dessus du cercle *utérin* le furent au centre. Le liquide amniotique était teint par le méconium, le sommet élevé se présentait en OIGA, les bruits du cœur normaux s'entendaient à gauche et en bas. Pendant toute la journée du 29 juin, elle eut des contractions fortes et rapprochées qui tassèrent un peu la tête, mais qui ne firent faire aucun progrès à la dilatation.

Le soir à 9 h., les choses étaient dans le même état, de plus des vomissements qui se répétaient à chaque instant, la peau chaude, le pouls à 104 pulsations, F... fut mise dans un grand bain qui la soulagea un peu, après on lui donna 0 gr. 15 cent. d'opium en six pilules (1 par heure). La nuit se passa encore avec des contractions fortes mais avec des intervalles plus longs qui permettaient à F... de se reposer un peu. Le 30 juin, à 6 h. du matin, le pouls était à 120 pulsations, le ventre ballonné, l'orifice utérin dilaté de 8 cent. de diamètre environ, les battements du cœur fœtal très accélérés. A 9 h. M. Dauyau la fit chloroformer et M. Nivert débrida l'orifice en faisant 4 incisions, il appliqua la cephalotribe, il s'écoula une assez grande quantité de masse encéphalique, après quelques tractions l'instrument glissa. M. Dauyau le réappliqua une 2e puis une 3e fois mais il

n'eut pas un meilleur résultat, car le céphalotribe n'avait pas une prise suffisante sur la tête qui avait été très aplatie. Mme Alliot introduisit la main et amena sans trop de difficultés le pied droit sur lequel elle posa un lac. Elle alla à la recherche de l'autre qu'elle amena également. Elle fit des tractions qui dégagèrent le tronc, les épaules offrirent un peu de difficultés à être dégagées M. Danyau l'aida pour l'extraction de la tête et à 9 h. 15 minutes l'extraction fut complète. L'enfant du sexe masculin pesait 2900.

Mme Alliot acheva de décoller le placenta qu'elle retira.

F... ne perdit pas. Une heure après la délivrance elle fut prise d'un frisson avec claquement des dents qui lui dura une demi-heure, quelques cuillerées d'eau-de-vie qu'elle prit à ce moment déterminèrent des vomissements qui avaient cessé depuis l'administration de l'opium.

Elle fut réchauffée, la réaction s'opéra jusqu'à amener une moiteur salutaire, le sommeil vint et F... fut transportée en cet état à Ste-Adelaïde n° 3. Il existait une déchirure du périnée, 3 serres fines furent posées.

Les suites de couches furent compliquées d'une résorption putride, cette femme mourut le 7 juillet 62.

OBSERVATION N° 14.

Registres de la Maternité.

Accouchement spontané. Déviation latérale gauche de la colonne vertébrale et incurvation des membres inférieurs. Sommet en OIDA. Enfant vivant du poids de 2.400. Bassin vicié.

V..., primipare, âgée de 26 ans, est entrée à la Maternité le 4 novembre 1888 à 4 h. du soir où elle fut admise et placée salle Lachapelle. D'une bonne santé habituelle, cette femme présente une scoliose gauche et une incurvation très prononcée en avant des membres inférieurs.

Cette femme a commencé à marcher à 2 ans, jusqu'à 3 ans

elle dit n'avoir rien présenté de particulier, mais à partir de ce moment, ses membres inférieurs se sont incurvés et sa colonne vertébrale s'est déviée à gauche. Le bassin est vicié.

L'examen obstétrical pratiqué donne les renseignements suivants : *Palper :* tête à l'hypogastre, dos à droite, siège et petites extrémités au fond de l'utérus et à gauche.

Auscultation : Maximun des bruits du cœur à droite.

Toucher : Col effacé, orifice de côté comme une pièce de 2 francs, membranes intactes. La tête est profondément engagée et empêche d'atteindre l'angle sacro-vertébral. Le sommet se présente en *OIDA*. L'urine est normale. Les douleurs apparurent le 5 nov. à 9 h. du matin, elles furent énergiques et régulières, et sous cette influence, la dilatation est complète à 7 h. du soir. A ce moment les membranes se rompirent spontanément le même jour à 6 h. 35. On excita alors la femme à faire des efforts et l'accouchement se termina spontanément le 5 nov. 1888 à 7 h. 35 du soir. Le travail avait duré 11 h. 15 m. L'enfant du sexe féminin, du poids de 2.400 gr. et du terme de 9 mois, naquit vivant.

Diamètre de la tête : OF : 10,5. — OM : 13. — BP : 8. — SoBr : 9.

Délivrance naturelle. Injection utérine.

OBSERVATION N° 15.

Registres de la Maternité.

La nommée B... est entrée à la Maternité le 25 août 1883, à 3 h. du soir. Soumise à l'examen habituel, on constata :

Par l'auscultation que le maximum des bruits du cœur était à gauche et en avant.

Par le palper que la tête était en bas, mais qu'elle avait tendance à remonter dans la fosse iliaque gauche.

Par le toucher que le col était long et fermé, qu'aucune partie fœtale n'était accessible. En allant à la recherche de l'angle sa-

cro-vertébral *on atteignait facilement le diamètre sacro-sous-pubien qui ne mesurait que 9 cent.*

En examinant largement le bassin on le trouva déformé par le rachitisme. Les tibias de cette femme sont courts *et la colonne vertébrale est déviée à droite.* Tout le squelette d'ailleurs est déformé.

Cette femme fut placée au dortoir. Le 28 oct. à 9 h. du matin éprouvant des douleurs, elle se fit conduire à la salle Lachapelle. Interrogée, cette femme se dit *primipare âgée de 28 ans*, réglée pour la première fois et depuis irrégulièrement, constitution médiocre. Dernières règles ignorées. Les accidents qui ont accompagné sa grossesse furent des nausées et des vomissements. En pratiquant le toucher on trouva le col effacé, l'orifice à peine lenticulaire et les contractions utérines régulières et énergiques.

2 grands bains. Piqûres d'éther. Repos. Peu à peu la partie fœtale s'abaissa, on peut en reconnaître les caractères et diagnostiquer OIGA.

30 oct. 2 h. matin, dilatation complète. Même jour 2 h. 40, accouchement spontané. Garçon 2,780 (8 mars 1/2).

Délivrance spontanée.

OBSERVATION N° 16.

Registres de la Maternité de Tenon (Service de M. Bar).

A... Marie, journalière, 32 ans, 3 avril 1886.

N'aurait marché qu'à 5 ans : L'époque de la déviation de la colonne vertébrale est ignorée. Les jambes sont grêles. les tibias sont sensiblement incurvés ainsi que les fémurs. Les condyles internes sont très saillants.

Légère saillie du maxillaire inférieur. Frontal proéminent. Sternum projeté en avant. Appendice xyphoïde dévié à droite.

Scoliose dorsale à convexité tournée à droite. Saillie énorme des côtes à ce niveau ; la partie supérieure de cette saillie est située sur le même plan horizontal que la clavicule correspon-

dante. La partie inférieure de la colonne dorsale, forme avec la colonne lombaire, une lordose assez accentuée. Volume considérable des omoplates.

Le diamètre coccy-pubien mesure 8 cent. 5. Les ischions sont assez écartés.

La pelvimétrie externe donne : Diamètre sacro-pubien. 11 cent. 5. — Bi-épineux : 27,5. — Bi-crêtes : 22.

Réglée à 18 ans régulièrement. DR : 22 juin au 27.

Primipare. Vomissements.

Premières douleurs, 2 avril 1 heure du matin. Rupture des membranes à la dilatation complète. 10 h. 30 soir. Terminaison spontanée.

OIGA. Garçon : 2920 gr., 49 cent.

OF : 12. — OM : 13. — BT : 7. — BP : 9,2. — SoBr : 9,5.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 17.

Registres de la Maternité de Tenon. (Service de M. Bar).

M... Marie 23 ans, journalière, 10 févr. 1886.

Ne sait à quel âge elle a marché. Déviation de la colonne vertébrale depuis l'enfance. Scarlatine à 12 ans. Pleurésie à 19.

Réglée à 17 ans. Primipare. DR : 10 mai, quelques troubles digestifs, chapelet rachitique. Incurvation des fémurs, saillie des genoux et des coudes. Direction vicieuse des membres supérieurs.

État grêle du squelette, nez légèrement affaissé à sa racine. La colonne lombaire est dévisée à gauche. La colonne dorsale à droite.

La base du sacrum est inclinée à droite et en arrière. La pointe du coccyx est déviée en avant et à gauche.

Le doigt arrive facilement sur le sacrum qui peut être exploré dans toute sa hauteur. La symphyse sacro-iliaque droite est très rapprochée de la ligne médiane et toute la partie gauche du

bassin est notablement rétrécie. La partie droite, au contraire, est large. Le promontoire est saillant à gauche du plan médian. On constate une OID, la tête n'est pas engagée.

12 févr. La tête est engagée, on ne peut explorer le bassin.

13 févr. Vers 4 h. la femme aurait perdu une certaine quantité de liquide amniotique. Dans la nuit du 15 elle a eu quelques douleurs.

La malade souffre peu le 16, elle n'a pas de contractions bien nettes et continue à perdre un peu d'eau.

23. Début du travail vers 10 heures du soir : les membranes se rompent spontanément à la dilatation complète le 24. L'expulsion a lieu à midi. Rien de particulier. Garçon, 2400 gr. OIDT. 48 cent. OF : 11. — OM : 12,5. — BP : 8,5. — BT : 7,5. — SoB : 9.

Délivrance naturelle. Injection utérine, piqûre d'ergotine, suppositoires iodoformés. Œdème de la vulve.

OBSERVATION Nº 18.

Registres de la Maternité Tenon. (Service de M. Bar.)

T... 28 ans, brodeuse, 5 nov. 1888. Consultation. DR : ignorées, nourrissait. Femme enceinte de 7 mois 1/2 environ d'après le volume du fœtus, *présentant une scoliose droite*. Femme très petite, *angle dévié à gauche*. Diamètre PsP : 12 cent. sans déduction.

Revue le 19 nov. Sommet, mais tête très mobile ayant une tendance à filer dans la fosse iliaque gauche.

Même diagnostic le 6 déc.

Entrée le 13 déc. à 9 h. du matin.

Pas de complications de la grossesse. 2 accouchements antérieurs spontanés, par le sommet.

Réglée à 17 ans, régulièrement, 3 jours, peu abondamment, premières douleurs : 18 déc. à 11 h. soir.

Rupture des membranes artificielle à la dilatation complète (19 déc. 2 h. 45 matin). Terminaison spontanée. Sommet OIGA.

Délivrance naturelle.

Fille Bp. 2820 gr. 50 cent. : OF : 10,9. — OM : 12.
BP : 8,3. — BT : 7,8. — SoBr : 8,8.

OBSERVATION N° 19.

Résumée dans Thèse CHAMPETIER DE RIBES. 1879. (Obs. IV).

B..., veuve D. Agée de 28 ans, entre à la Maternité dans le service de M. le Dr Tarnier le 2 déc. 1878. Sa taille est de 1 m. 38, *la colonne vertébrale est légèrement déviée*, elle présente une double courbure dont la convexité est dirigée à droite, dans la région dorsale, à gauche, dans la région lombaire. Sur le reste du corps on trouve de nombreuses traces de rachitisme. Le diamètre promonto-sous-pubien du bassin mesuré par M. Tarnier, a tout au plus 85 mill. de longueur.

La symphyse pubienne est très élevée, très épaisse et presque droite. Cette femme a déjà eu 5 enfants.

1re fois. A Saint-Antoine. Sommet. Basiotripsie (M. Tarnier). Les 4 dernières à la Maternité.

2e. 10 janvier 1871 (8 mois). 46 h. de travail. Terminaison par le forceps-scie de Van Huevel) Tarnier.

Garçon : 2,820 gr. OM : 13,5. — OF : 8,5. — SoBr : 9,5. — BP : 9,5.

3e. 15 août 1873 (provoqué à 8 mois). Épaule gauche dans la fosse iliaque gauche. Version par M. Tarnier, la tête reste, l'enfant meurt. Craniotomie.

Garçon : 2,250 gr. OM : 11. — OF : 10. — SoBr : 8. — BP : 7,5.

4e. 25 mars 1875 (provoqué à 7 mois 1/2). OIGA.

Forceps au détroit supérieur par M. Polaillon.

Enfant du sexe féminin, pesait 1700 gr. Mort pendant le travail. OM : 9. — OF : 7. — SoBr : 6. — BP : 7.

5e. 27 février 1876 (provoqué à 7 mois). OIGA.

Forceps. Tractions mécaniques, 30 kilog. M. Polaillon.

Garçon : 1800 gr. Meurt quelques instants après. OM : 10. — OF : 8. — SoBr : 8. BP : 7.

Examen. 3 déc. 1878. Enceinte de 6 mois 1/2.

Utérus à 30 cent. de la symphyse. Fœtus très mobile, ballottement céphalique dans le flanc droit.

Le bassin est rétréci d'avant en arrière dans une étendue de plusieurs centimètres, la face antérieure du sacrum est facilement accessible dans une grande partie de sa hauteur, le diamètre transverse du bassin paraît normal.

Le 9, M. Lucas Championnière provoque l'accouchement avec le ballon Tarnier, mais les douleurs cessent le 11. Le 13, nouveau ballon, le 15, à 1 h. après-midi, dilatation complète, le siège paraît à la vulve.

L'occiput était à gauche, fracture du maxillaire quoi qu'on ait employé peu de force.

Enfant 1.750 gr., fille, présentant un enfoncement du pariétal droit. OM : 11,2 — OF : 10,4. — SoBr : 8,4. — BP : 8,2. — BT : 7,8.

A l'autopsie, lésions graves du côté de la voûte du crâne. Trait de fracture sur le pariétal droit. Décollement dure-mérien. Épanchement sanguin. Suffusion sanguine généralisée à la surface du cerveau.

OBSERVATION N. 20.

Registres de l'hôpital Tenon. (Service de M. Champetier de Ribes.)

Bassin rétréci. Oblitération du col. Rupture utérine.
Basiotripsie par M. Champetier de Ribes. Mort 2 h. après. Janvier 1892.

C..., 26 ans, domestique, ne peut renseigner sur ses dernières règles, mais se croit à terme. A eu une 1re grossesse, il y a 3 ans, terminée par une application de forceps (enfant mort et petit).

Femme petite, a marché tard (ne sait au juste quand) *légèrement scoliotique, convexité dorsale regarde à droite.*

Palper : On trouve un utérus dur qui ne renseigne ni sur la position ni sur la présentation.

Toucher : On note l'absence totale du col et de l'orifice cervical.

Il y a oblitération du col, à travers le segment inférieur on sent indistinctement une partie fœtale qui paraît être le sommet engagé.

12 janvier. L'examen au spéculum permet de contrôler les renseignements du toucher, partout une surface unie, violacée uniformément. En un point au centre de l'excavation il sort un liquide jaunâtre par un pertuis imperceptible à l'œil. C'est là le siège de l'orifice cervical. Au toucher, ce point paraît plus mince et il est possible à l'aide du doigt d'agrandir le pertuis, de désagglutiner la face mince du col, et en un mot, de reconstituer l'orifice cervical.

13 janvier. La femme est examinée de nouveau, on trouve un sommet très élevé, la femme a des douleurs, les bruits du cœur sont entendus. Le soir même, frisson interne, temp. 40. Pouls : 140.

14 janvier. 9 h. matin. Dilatation complète,

A 10 h. Application du forceps au détroit supérieur, difficultés pour articuler, impossibilité d'extraction. A ce moment du reste les bruits du cœur ne sont plus perçus.

La femme présente un faciès vultueux, idées délirantes, son abdomen s'est considérablement accru de volume, on trouve, remontant jusqu'à l'ombilic outre de l'œdème sus-pubien déjà observé dès l'arrivée une crépitation neigeuse d'emphysème sous-cutané des plus marquées. Perforation du crâne puis cranioclasie avec cranioclaste de Simpson. Impossibilité d'extraction du tronc, difficultés de descente de la tête. Épaules arrêtées au détroit supérieur, avec crochet de Brane, fracture de l'humérus, dégagement des bras. Tractions très pénibles suivies de décollation, arrachement des bras sans que le tronc suive. Éviscération des organes thoraciques, paracentèse de l'abdomen. Impossibilité d'extraire le tronc et les membres inférieurs, enfin extraction possible grâce à la saisie d'un pied puis des deux, version podalique sur le tronc seul. Issue de gaz en grande quantité.

Délivrance artificielle dans un utérus très considérable le placenta au niveau du fond formant un relief très saillant d'un diamètre de 10 cent. environ.

Lavage utérin, tamponnement iodoformé, on sent à gauche une irrégularité qui ressemble à une déchirure du col.

Durée des manœuvres 2 heures. Terminées à midi.

A 1 h. dyspnée subite très violente, pouls filiforme, faciès cyanotique, en 5 minutes mort, pas d'hémorrhagie.

Autopsie. Rupture utérine du bord latéral assez grande, siège à 7 cent. du bord inférieur du col.

Col n'existe pas, un simple relief le distingue du vagin, la déchirure admet l'extrémité du médius et de l'index. Elle correspond au pied du ligament large gauche passant sous le péritoine, le trajet se dirige vers l'éminence ilio-pectinée gauche et là se relève sous la paroi abdominale musculaire. En arrière elle pénètre dans la cavité de Douglas, une fausse membrane déjà épaissie lui forme une loge ouverte en haut seulement et communiquant avec la cavité péritonéale qui renferme un litre environ d'un liquide légèrement teinté de noir, pas d'hémorrhagie.

L'utérus est très spacieux, il remonte bien au-dessus de l'ombilic, le tamponnement utérin comprimait et obstruait en appliquant l'une à l'autre les lèvres.

Enfant. 4070 sans substance cérébrale.

OBSERVATION N° 21.

Registres de la Clinique.

C... Elise. 21 ans, Lit n° 40. 14 juillet. 1891.

Primipare. La malade ne sait pas à quel âge elle a marché.

A l'âge de deux ans elle a eu la rougeole et après cette maladie on a remarqué qu'elle avait une grosseur dans la région dorso-lombaire ; les médecins qui la soignèrent lui firent porter un corset pendant plusieurs années. Elle vient à la Clinique pour la première fois le 14 juillet, c'est-à-dire presque à terme. Ses DR : (2 au 6 oct.) et en douleurs.

Le squelette des membres inférieurs et normal sauf le fémur gauche qui présente une légère courbure à sa partie inférieure.

Membres supérieurs normaux. *Colonne vertébrale : Saillie région dorso-lombaire avec concavité gauche.*

Bassin. La tète engagée, empêche d'atteindre le promontoire. *Sacrum convexe et inégal dans la partie que l'on peut atteindre. Coccyx saillant et mobile. Epines sciatiques saillantes surtout à gauche. Parois de l'excavation un peu aplatie du côté gauche. Diamètre bi-sciatique, 6 cent. environ.*

Premières douleurs. 14 juillet 2 h. du matin.

Rupt. des membranes spontanée à dilat. complète. 9 h. soir.

Terminaison naturelle 10 h. 50 soir.

Sommet OIGA. Durée du travail. 20 h. 50 m.

Délivrance naturelle.

Garçon faible 2850 gr. 49 cent.

Mère et enfants sortis bien portants.

OBSERVATION N° 22.

Registres de la Clinique.

B..., 38 ans. Lingère, un peu faible. Mai 1859.

Femme petite *présentant une incurvation du rachis à la région dorsale du côté droit.* Cette difformité est survenue à l'âge de 15 ans. Les membres sont bien conformés. Le bassin est à peu près normal.

On a été obligé d'employer le forceps par suite de la lenteur du travail.

2 enfants avant terme l'un à 8 mois (a vécu 15 mois), l'autre à 7 mois et 1/2 (a vécu 17 mois).

Réglée à 20 ans irrégulièrement, a vu pour la dernière fois le 15 sept. Nausées, anorexie. Douleurs.

Premières douleurs. 12 juillet 8 h. du soir.

Terminaison 13 juillet, 9 h. 30 du matin.

Sonnet OIDP. Travail 13 h. 30.

Fille. 3000. Bien portante. OF : 12. — OM : 13,5. — BP : 9,5. SoBr : 9,5.

OBSERVATION N° 23.

Registres de la Maternité.

Bassin vicié par rachitisme. Diamètre SsP : 0,10.
Application de forceps faite par M. Tarnier.
Enfant né en état de mort apparente (ranimé).

7 mars 1871. V..., primipare, fleuriste, âgée de 29 ans, est d'une constitution rachitique, fut réglée à 22 ans, depuis cette époque la menstruation se fit régulièrement et durait pendant 5 jours, abondamment, ses dernières règles datent du 14 au 19 mars 1870, cette femme, d'une taille au-dessous de la moyenne, dit avoir marché à l'âge de 5 ans, les membres supérieurs étaient grêles et longs, le radius et le cubitus offraient une courbure à convexité interne, les membres inférieurs étaient également grêles et longs, les fémurs étaient droits ainsi que les tibias, mais la crête de ce dernier était très saillante et offrait une incurvation interne.

La colonne vertébrale présentait une incurvation latérale droite, le thorax était court, les articulations volumineuses.

Cette femme se présenta à la Maternité le 3 fév., à 7 h. du soir.

Elle fut tout d'abord mise dans le service de Mme Callé, au bout de quelque temps, elle se plaignit qu'elle avait beaucoup *de difficultés à marcher*, on la fit mettre au repos à Sainte-Claire.

Le 6 mars, à 11 h. du matin, les premières douleurs se déclarèrent, le même jour à 6 h. du soir, elle descendit à la salle d'accouchement, elle avait un orifice dilaté comme 1 franc. Le sommet se présentait, mais il était au-dessus du détroit supérieur, les bruits du cœur s'entendaient à gauche et en avant, on écrivit à M. Tarnier immédiatement en lui expliquant l'état de la malade.

Il arriva à 10 h. 30 du soir et déclara après l'avoir examinée, qu'il fallait attendre, le travail n'étant pas assez avancé pour permettre de terminer l'accouchement.

Les membranes se rompirent spontanément à 10 h. 35 du soir, la dilatation pas plus avancée le lendemain à 7 h. du matin, comme 2 francs, les bruits du cœur de l'enfant étaient toujours normaux.

M. Tarnier arriva et examina de nouveau la malade, il était alors 11 h., il se prépara à faire une application de forceps. La première branche de l'instrument qui était la gauche, fut introduite à 11 h. 10, l'autre à 11 h. 15, des tractions énergiques furent faites pour extraire la tête. Le tronc fut dégagé sans difficultés, de sorte qu'à 11 h. 30 du matin l'accouchement fut terminé. La délivrance se fit naturellement à midi.

L'enfant naquit en état de mort apparente, en lui prodiguant es soins nécessaires, il fut ranimé.

OBSERVATION N. 24.

Registres de l'hopital Tenon. (Service de M. Bar.)

D... femme F. ménagère, 34 ans, 10 octobre 1888.

Rachitisme. Bassin vicié, 8 cent. 5 déduction faite, asymétrique.

Accouchement provoqué au 8e mois. Version par M. Bar.

Enfant vivant.

De bonne santé habituelle, ne peut donner aucun renseignement au point de vue de l'existence du rachitisme dans son enfance.

La marche a toujours été normale, jamais de boiterie. C'est seulement vers l'âge de 10 ans qu'on a observé la déviation de la colonne vertébrale que l'on constate aujourd'hui. N'a jamais été traitée pour cette déviation.

Réglée à 16 ans, régulièrement, 4 à 5 jours avec une avance de 3 ou 5 jours sur l'époque précédente. Écoulement peu abondant, pas de douleurs. Leucorrhée fréquente, peu abondante.

Secondipare : 1re grossesse régulière, accouchement à terme, présentation du sommet en OIDP, bassin asymétrique.

Basiotripsie par M. Doléris, poids de l'enfant 2700 sans masse encéphalique, suite de couches régulières. La femme est prévenue que si elle devient enceinte de nouveau elle devra se présenter à l'hôpital avant son terme normal (Registres de la Maternité de Tenon).

2e *grossesse.* (actuelle) DR : 5 au 10 février, évolution régulière, la malade entre à la Maternité le 10 octobre. Faciès de rachitique. Membres supérieurs normaux. Tibias grêles, réguliers. Convexité externe des fémurs exagérée. La partie moyenne du sternum est légèrement saillante en avant. Le chapelet rachitique existe à un très léger degré.

Colonne vertébrale. Une légère déviation siège au niveau de la partie moyenne de la colonne dorsale, la convexité est tournée à droite. On trouve une 2e déviation scoliotique, mais en sens inverse, siégeant sur la partie inférieure de la colonne dorsale et à la colonne lombaire. La saillie formée offre le volume du poing.

Il y a en même temps rotation de la colonne sur elle-même.

Le corps des vertèbres regarde à gauche. Les masses sacrolombaires se laissent bien déprimer à droite ; à gauche, au contraire, la main est bientôt arrêtée par la masse musculaire tendue,qui s'étend de la saillie formée par la déviation à l'extrémité supérieure de l'aile du sacrum. Quand la malade est debout l'épaule gauche et un peu abaissée.

Bassin. Le doigt atteint facilement l'angle sacro-lombaire.

PSP : 10 cent. sans déduction, côté droit plus spacieux que le gauche.

Le promontoire est reporté vers la gauche, la partie de l'os iliaque qui est au-dessus du trou obturateur fait saillie dans l'excavation.

L'abdomen est régulièrement développé et ne présente rien de particulier à la vue. A la palpation, tête en bas et à gauche (très mobile) le dos est en avant et à gauche, le siège dans l'hy-

pochondre droit, le fœtus est très mobile, il paraît exister un certain degré d'hydramnios.

Maximum des bruits du cœur un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Le col est mou, ouvert, le doigt y pénètre facilement, on sent une petite partie que le doigt touche et qui fuit aussitôt. Le détroit supérieur est absolument vide, on ne peut atteindre la partie qui se présente.

13 nov. Introduction d'une sonde en gomme n° 16, entre la paroi utérine et les membranes. L'introduction a été rendue diffuse par la mollesse des parois utérines. Le fœtus se présente par la tête qui est très mobile. Maximum des bruits fœtaux au-dessous et en dehors de l'ombilic.

14 nov. La malade a éprouvé de petites douleurs qui se sont un peu calmées. On voit de temps en temps l'utérus se contracter. La sonde est restée en place, n'a déterminé aucune douleur, col encore intact, peut-être un peu plus dilatable et plus perméable.

15 nov. Les douleurs sont devenues plus marquées, depuis 1 h. matin jusqu'à 7 h. Col incomplètement effacé, mais très dilaté. A 11 h., dilatation presque complète, sommet en OIG et au-dessus du détroit supérieur.

M. Bar pratique la version (la malade chloroformisée). Introduction de la main gauche dans l'utérus. A ce moment, un flot de liquide s'écoule. Le pied gauche est amené à la vulve. Une traction très énergique est nécessaire pour amener le siège à la vulve et le dégager, le membre inférieur droit appliqué contre le tronc. Le dos se tourne vers la cuisse droite de la mère. L'épaule antérieure, c'est-à-dire la droite, sort la première, l'épaule postérieure vient ensuite. L'extraction de la tête est très difficile. Il est nécessaire de pratiquer une forte traction sur les membres inférieurs et surtout une pression énergique sur la tête à travers la paroi abdominale. Elle traverse bientôt le détroit supérieur et est vite extraite, le sous-pubis étant sous la symphyse pubienne.

Fœtus cyanosé. Battements du cœur, mais pas de mouve-

ments respiratoires spontanés. Respiration artificielle : après quelques minutes, inspirations profondes, rares, puis enfin cri et respiration normale. Ecchymoses multiples sur les membres inférieurs et même petites hémorrhagies au niveau de la jambe gauche. Délivrance par expression 10 minutes après l'accouchement. Pas d'hémorrhagie. Placenta et annexes complets.

Placenta arrondi, vaisseaux saillants. Le cordon offre plusieurs tours de spire, on en compte 22 dont 4 seulement dans les 2 premiers centimètres, il mesure 70. La quantité de liquide amniotique était supérieure à la normale.

L'enfant pèse 3.000 gr. (8 mois) mesure 48 cent. OF : 11. — OM : 13. — OP : 9,3. — BT : 7,5. — SoBr : 9.

OBSERVATION No 25.

Registres de la Maternité de Tenon. (Service de M. Bar.)

B... Augustine, 28 ans. Cravatière, 7 oct. 1888.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. La malade a eu 5 sœurs et 2 frères tous bien portants, ne présentant aucune déviation de la colonne vertébrale.

Elle a toujours été maladive, chétive, jusqu'à l'âge de 7 ans, elle a fréquemment gardé le lit. A l'âge de 7 ans, rougeole, c'est alors que le médecin constate l'existence d'une déviation de la colonne vertébrale à droite.

On fit porter à la malade un corset qu'elle garda sans résultat jusqu'à l'âge de 20 ans. A 15 ans 1/2 fièvre typhoïde à la suite de laquelle l'incurvation rachitique s'exagère notablement.

Celle-ci s'est peu modifiée depuis 7 à 8 ans.

Réglée à 14 ans, régulièrement, 8 jours, abondamment, sans douleurs notables.

2 *grossesses*. La 1re à l'âge de 25 ans, régulière, accouchement à terme spontané, travail 11 h. 45. Enfant vivant 2850 gr. OIGP : 2e *grossesse* (actuelle, dernières règles : 15 juin, très

peu abondamment, a perdu quelques gouttes. Nausées, picotement des seins. Aujourd'hui, la malade ressent des douleurs vives dans le bas-ventre et plus spécialement du côté gauche. Elle a, dit-elle, perdu de l'eau en grande quantité, pas de métrorrhagie.

Elle est apportée sur un brancard. La malade accuse de vives douleurs abdominales. La pression est surtout douloureuse au niveau du bord gauche de l'utérus. Il n'existe pas d'écoulement de quelque nature que ce soit. Le col est encore fermé, nullement entrouvert, l'utérus est gros, dépasse l'ombilic de trois travers de doigt, pas de douleurs dans les culs-de-sac.

L'angle est accessible, le diamètre sacro-sous-pubien mesure 11 1/4 sans déduction. Le côté droit du bassin paraît plus spacieux que le gauche. On sent facilement toute la face antérieure du sacrum qui s'incurve brusquement en avant à son extrémité inférieure. Le bassin est à peine en antéversion. L'examen du tronc de la malade pouvait faire préjuger l'existence de ce rétrécissement, peu marqué du reste. Si la malade étant debout on examine le dos, on voit qu'il existe une courbure de la colonne vertébrale à convexité droite. La colonne cervicale est rectiligne, la déviation commence au niveau de la 2e dorsale. La colonne lombaire n'est pas déviée. La corde de la courbure mesure 30 cent. la flèche dont la pointe est à droite, 6 cent.

Il n'y a pas de lordose lombo-sacrée.

Le sacrum est rectiligne et c'est seulement à son extrémité inférieure qu'il paraît se recourber en avant.

La saillie formée par l'angle des côtes est énorme, la gouttière costo-vertébrale est peu profonde, reportée en arrière et étroite comme aplatie de dehors en dedans.

La malade prend la position hanchée gauche. La hanche gauche fait en effet une très grande saillie. Une ligne verticale partant du creux axillaire passerait à peu près par le milieu de la fesse. A droite, au contraire, elle tombe tout à fait en dehors de la crête iliaque dans le vide.

L'épaule gauche est plus basse que la droite, la main gauche

descend également plus bas que celle du côté opposé. Cet abaissement de l'épaule gauche est très net pendant la marche.

Quand on examine la malade en avant on voit que le sternum est saillant et un peu dévié à droite au niveau de l'appendice xyphoïde : le rebord costal gauche est abaissé et beaucoup plus saillant que le droit. Le ventre, au lieu d'avoir son axe vertical, semble l'avoir obliquement en bas et à gauche. Au niveau de la ceinture, échancrure profonde à gauche, la ligne est au contraire convexe en dehors du côté droit.

Le bassin semble irrégulier, la hanche gauche est saillante, arrondie, l'épine iliaque antéro-supérieure est abaissée. Le côté droit au contraire est rectiligne, aplati, l'épine iliaque AS semble un peu plus antérieure que celle du côté opposé.

Bi-crêtes : 24,5. Bi-épineux : 25.

Epine iliaque antéro-supérieure à ischion (à droite 17,7,) à gauche, 18.

Les jambes sont grêles, d'égale longueur, sans incurvation rachitique. La marche ne présente rien de particulier.

Premières douleurs : 3 mars, 10 h. soir.

Rupture membranes et dilatation complète 1er avril 5 h. 1/2 matin.

Sommet : OIGA. — Fille : 2500 gr., 49 cent.

OF : 10,5. — OM : 12. — BP : 8. — BT : 6,8. — So-Br. : 8,5.

OBSERVATION N° 26.

Registres de la Maternité de Saint-Louis (Service de M. Bar).

Ch... Joséphine. 27 ans. Cordonnière. Primipare. 4 nov. 1891.

A.H. : Père et mère bien portants, ne présentant pas de déformations. Sœurs bien portantes, mais un frère, qui est l'aîné, est difforme.

AP : A marché seulement à 5 ou 6 ans. Pas de maladies, peu dans l'enfance. Aucun renseignement sur le développement de la scoliose, mais aussi loin que remontent les souvenirs de la malade, la déformation a toujours existé.

Réglée à 18 ans sans phénomènes morbides et depuis menstruation régulière. N'a jamais été malade, a toujours travaillé sans jamais être arrêtée.

DR : en janvier, les premiers temps de cette grossesse n'ont rien présenté d'anormal. N'a ressenti les premières douleurs que mardi soir, a travaillé toute la journée de mercredi et le soir les douleurs devenant violentes, incessantes, elle vint à l'hôpital.

L'accouchement s'est fait jeudi, à 2 h. du matin.

Sommet. OIDT. Accouchement spontané, rupture des membranes à minuit. Dilatation complète à 1 h. 40.

Fille : 2,800 gr. 48 cent. OF : 11,5. — OM : 12,5. — BP : 8,5. — BT : 7,5. — SoBr. : 9.

La parturiente est de petite taille, 1 m. 30.

Fémurs écartés, formant à la partie supérieure, entre eux, un espace triangulaire à base supérieure. Les fémurs sont incurvés en avant, les condyles volumineux.

Les plateaux des tibias ne se touchent pas, quand on rapproche les jambes. Les tibias sont incurvés, à convexité en dedans, formant une saillie prononcée. La face est légèrement asymétrique, les dents ne présentent pas de striations transversales. *La colonne vertébrale présente une scoliose très prononcée de la région dorsale à convexité droite.*

L'angle des côtes est très saillant du côté droit, au-dessus de la colonne vertébrale, qui paraît alors enfoncée comme dans une gouttière limitée à droite par la saillie et dirigée en bas et en dehors.

A gauche, enfoncement en coup de hache, concavité du thorax à angle rentrant très aigu.

Les côtes se touchent et en bas rencontrent la crête iliaque. En avant, le sternum est rétréci transversalement, pas de chapelet rachitique mais forte saillie convexe.

Du côté du bassin. La distance des épines iliaques antéro-supérieures est augmentée, (25 centim). La distance des crêtes iliaques est diminuée à la partie moyenne (23 cent.).

Les diamètres obliques des épines iliaques supérieures accu-

sent une certaine asymétrie : 20 cent. à gauche, 23 à droite. La distance de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire aux épines iliaques antéro-supérieures 16 cent. du côté droit, 17 à gauche.

En arrière le sacrum est aplati, redressé.

Les épines iliaques postérieures ne forment pas une saillie accentuée, mais auparavant la gauche est plus saillante et se trouve à une plus grande distance de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire que la droite.

Au toucher, le promontoire est atteint difficilement, mais l'on sent bien la face antérieure du sacrum qui présente une obliquité en arrière et à gauche.

Ce bassin est donc élargi transversalement, asymétriquement aplati dans le sens antéro-postérieur.

OBSERVATION No 27.

Registres de la Pitié. (Service de M. MAYGRIER).

S... femme L... 36 ans, 3 avril 1893.

Trois accouchements à terme dit-elle, 1 garçon et 2 filles.

Bien réglée d'habitude. *Scoliose dorsale droite.*

DR : 1er au 7 nov. Époque première de la grossesse, 8 mois 1/2 environ.

Vomissements. Œdème des membres inférieurs sans albuminurie première douleurs : 3 août 4 h. matin.

Rupture des membranes à dilatation complète 10 h. matin.

Terminaison, 3 août 10 h. 10 matin.

Application de forceps par M. Maygrier pour ralentissement des bruits du cœur. La tête n'avait pas complètement tourné, elle était alors en OIDA.

Avant, le sommet était en OIDT.

Délivrance naturelle, 10 h. 20 matin.

Garçon bon état. 2680. 50 cent.

OF : 11. — OM : 13,2. — BP : 8,4. — BT : 7,3. — SoBr : 10.

OBSERVATION N° 28.

Régistres de Tenon. (Service de M. CHAMPETIER DE RIBES.)

Scoliose. Légère déformation du bassin. Engagement tardif de la tête. Accouchement spontané. Fièvre. Débris d'épithélium dans les selles pendant les suites de couches.

M... 35 ans, multipare, 1er mai 1890.

A.P. : fièvre typhoïde à 19 ans. Depuis, toujours bien portante.

Réglée à 14 ans régulièrement pendant 4, 5 jours.

1er accouchement à 27 ans. Siège. Forceps par M. Ribemont enfant mort.

3 autres accouchements, sommet, spontanés, le dernier, 3 juillet 1887.

Grossesse actuelle : DR ; 28 au 30 août, à terme.

Durant sa grossesse a eu l'influenza au mois de janvier, pendant huit jours. Odontalgie violente durant toute la gestation.

1er juin 8 h. soir, la malade a été prise de douleurs assez violentes et survenant tous les 1/4 d'heure, arrive à l'hôpital.

Palper. sommet au-dessus du détroit supérieur. Ballottement non amorcé. Dos à gauche. Bruits du cœur normaux.

Toucher. Col long ouvert, poche des eaux intacte tombant dans l'orifice. Cœur et poumons normaux.

Urines normales.

Femme petite, maigre. Thorax bombé au niveau de la 1re pièce du sternum, pas de boiterie, pas de déformation des tibias, les fémurs sont longs.

Scoliose avec convexité à droite au niveau de la portion dorsale. Courbure en sens inverse dans la portion lombaire et sacrée. Le bassin ne paraît pas déformé extérieurement.

Au toucher, angle accessible au loin, côté gauche légèrement aplati.

La malade qui avait des douleurs en arrivant a pu dormir après qu'elles se sont calmées.

Col même état. Traitement : Todd, quinquina. 2 gr.

Injections boriquées chaque matin.

Les douleurs n'ont pas reparu. La malade garde le repos, tête aussi élevée. Le col s'est reformé.

Depuis 4 h. du matin, la malade a la diarrhée (5 selles) pas de mauvais goût dans la bouche, pas de douleurs des gencives, pas d'ulcérations buccales.

Tête toujours élevée, aucune douleur.

Traitement. Lavement avec 15 gouttes laudanum. Lait. Œufs.

Diarrhée persiste, a été 8 fois en 24 h. pas de sang, ni de lambeaux d'épithélium dans les selles, rien d'anormal du côté de la bouche.

Lavement laudanisé. Potion laudanum et bismuth. Lait.

La diarrhée a cessé, hier soir vers 10 h. sont apparues les premières douleurs qui sont devenues violentes vers 4 h. du matin.

10 h. matin, sommet commence à s'engager, on ne peut plus le faire ballotter. Col long encore de 1 cent., à 11 h. matin en allant sur le bassin, la malade sent qu'elle perd un peu de liquide ; par le toucher, on constate à ce moment une légère déchirure des membranes par laquelle s'écoule un liquide verdâtre, cette déchirure est élargie le plus possible.

Bruits du cœur bons.

5 h. soir. Sommet bien engagé. Dilatation : 5 francs.

12. Dilatation complète à 1 h. 20. Expulsion très rapide à 2 h.

Délivrance naturelle à 2 h. 10.

Garçon. 2460. long : 47. OF : 12. — OM : 13. — BP : 8,6. — BT : 7,5.

OBSERVATION N° 29.

Registres de Tenon. (Service de M. Champetier de Ribes).

Bassin scoliotique irrégulièrement rétréci au détroit inférieur. Application de forceps par M. Champetier.

A... 24 ans. Février 92.

Sa mère a eu 13 grossesses dont plusieurs fausses couches, il

ne reste que : 1 frère de 42 ans qui est bien conformé et qui a des enfants bien portants.

Une sœur qui, sur 6 enfants, n'en a élevé qu'un seul (mari mort tuberculeux), une seconde sœur qui a eu 3 enfants qui sont morts (mari mort tuberculeux).

AP. La déviation de la colonne vertébrale qui nous intéresse remonte à son tout jeune âge, elle aurait été bien conformée à sa naissance, mise en nourrice, on l'aurait ramenée à l'âge de 2 ans, présentant les lésions que l'on voit et qui ne se sont pas accentuées. A été réglée à 14 ans régulièrement.

Femme *très* petite, *colonne vertébrale fortement déviée à droite et sur toute la longueur de la colonne dorsale*, au niveau de la région lombaire, les vertèbres semblent dans leur situation physiologique. L'omoplate droite est fort saillante, aplatissement de tout le côté gauche du thorax. En avant le sternum bombé fortement. *Le bassin est fortement porté en haut et à droite.* Les membres semblent peu touchés, pas de déformation bien apparente.

DR : 14 au 18 mars, elle est donc à terme. Le ventre est volumineux, peu de liquide : Sommet : OIDP.

Le bassin, ainsi que nous l'avons dit, est très visiblement porté dans son ensemble en haut et à droite, l'os coxal de ce côté semble notablement plus développé que celui du côté opposé.

Toucher : Sommet très franchement engagé, on ne peut atteindre le promontoire, ce que l'on peut constater c'est un rapprochement certain des ischions et surtout des épines sciatiques.

De plus, la branche ischio-pubienne gauche semble rectiligne et plus rapprochée du centre. Les douleurs commencent le 5 mars à 7 h. du matin. La dilatation est complète et les membranes se rompent à 2 h. soir le 6. La tête reste toujours en DP, jusqu'à 4 h. du soir, les douleurs sont fréquentes la rotation commence DT. Le travail se ralentit et reste au même point. 10 h. soir même état.

M. Champetier est appelé et fait une application de forceps. Enfant vivant 3050. Déchirure du périnée, suture.

Diamètres de la tète fœtale : OF : 10,5. — OM : 13,5. — BP : 9,5. — BF : 8. SoBr : 8,5.

Une des branches, la postérieure : a été appliquée sur la joue gauche, la branche gauche a été placée immédiatement au dessus de l'orbite et sur le frontal à droite.

La délivrance a été immédiate, les suites de couches ne présentent que peu de chose à signaler, œdème des grandes lèvres, quelques points de sphacèle au niveau de la suture.

---

§ 3. — OBSERVATIONS CLINIQUES DE SCOLIOSES A CONVEXITÉ DORSALE GAUCHE.

(29 à 34.)

OBSERVATION N° 30.

Registres de la Maternité.

La nommée B.., primipare, âgée de 27 ans vient à la Maternité le 12 mars 1888 et fut placée salle Lachapelle. Cette femme d'une constitution faible présente *une déviation latérale gauche de la région dorsale de la colonne vertébrale.*

Elle fut réglée pour la première fois à l'âge de 20 ans et depuis régulièrement pendant deux ou trois jours peu abondamment.

La dernière époque menstruelle date du 31 mai au 3 juin 1887, après cette époque, elle serait grosse de 9 mois environ, sa grossesse fut accompagnée de nausées et de vomissements. A l'examen obstétrical on trouve par le palper la tête à l'hypogastre, le dos à gauche, le siège et les petites extrémités au fond de l'utérus. A l'auscultation. Maximum des bruits du cœur à gauche et en avant. Au toucher, le col était long ouvert inférieurement, le sommet se présentait et était assez engagé, l'angle sacro-vertébral était difficilement accessible, mais on explorait très facilement la face antérieure du sacrum. L'urine était normale. Les premières douleurs apparurent le 13 mars 1888 à

4 h. du soir, les membranes se rompirent spontanément le 13 à 11 h. 30 du soir à la dilatation complète, les contractions furent énergiques et régulières. L'accouchement se termina spontanément le 14 mars 1888 à minuit 45. L'enfant du sexe féminin du poids de 2200 naquit vivant. La délivrance naturelle eut lieu 20 minutes après l'accouchement.

Injection utérine au sublimé à 0,30 0/0. Un peu d'inertie utérine, on maintient l'utérus qui était en antéversion. Suites de couches compliquées d'hémorrhagies et de tranchées internes. Mère et enfant partis en bon état.

OBSERVATION N° 31.

Registres de la Maternité.

L... Victorine, 32 ans, janvier 1892.

Entre le 6 déc. à la Maternité, elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans. Régulièrement, assez abondamment.

A 2 ans la malade aurait eu un mal de Pott au niveau de la région lombaire, elle n'a pu marcher jusqu'à l'âge de 8 ans.

L'état de sa santé a été assez satisfaisant depuis cette époque.

Elle a eu 4 grossesses antérieures.

1re *grossesse* : Enfant à terme, né mort, accouchement artificiel, on n'est pas renseigné sur le mode d'extraction.

2e *grossesse* : Accouchement provoqué à 8 mois au moyen du ballon de M. le Prof. Tarnier. Embryotomie.

3e *grossesse* : Accouchement provoqué à 6 mois, on extrait par la version, un enfant mort pendant les manœuvres.

4e *grossesse* : Accouchement provoqué à 7 mois par le ballon de M. le Prof. Tarnier. Version faite par M. Gauthier qui extrait un enfant mort.

5e *grossesse. Actuelle.* DR : 11 au 15 août, se plaint de douleurs rénales, de dyspnée. Sur le désir qu'elle exprime d'avoir un enfant vivant on l'admet dans le service avec l'intention de faire une opération césarienne. En effet la conformation vicieuse

du bassin explique la difficulté des accouchements antérieurs et leur résultat funeste pour l'enfant.

Le diamètre promonto sous-pubien n'est pas très inférieur au normal *mais la colonne lombaire se trouve reportée en masse vers la droite* si bien que le doigt est obligé de se diriger à droite de la ligne médiane pour atteindre le promontoire.

Il en résulte que la capacité de la moitié droite du bassin se trouve très diminuée et bien inférieure à la capacité de la moitié gauche. En outre les tubérosités ischiatiques sont très rapprochées l'une de l'autre, le coccyx est très recourbé en avant si bien qu'il en résulte un rétrécissement du détroit inférieur.

L'opération a été faite le 14 janvier 1892, à 8 h. 40 du soir par M. Gueniot, elle a été terminée à 9 h. 20, la femme était entrée en travail à 5 h. du soir, la dilatation était complète à 8 h. 15.

On extrait une fille vivante du poids de 3000 gr.

Immédiatement après l'opération la malade a des vomissements, ils diminuent sans cesser complètement, le ventre se ballonne la malade ne rend aucun gaz, aussi croit-on utile de procéder à un lavage de l'estomac puis à un lavage du gros intestin.

16 janvier. Cette double opération amène une détente qui ne dure pas et le lendemain 17 janvier on fait des ponctions de l'intestin au moyen de l'aiguille fine de l'appareil Potain. Nouveau soulagement, mais très peu durable.

Le ventre se ballonne de plus en plus, la dyspnée devient plus intense et la malade meurt avec des phénomènes d'asphyxie.

Autopsie. On trouve les anses intestinales distendues par des gaz, elles présentent sur une assez grande étendue de leur surface péritonéale une vascularisation exagérée.

La distension des anses de l'intestin a refoulé l'utérus dans le petit bassin ou il est comme enclavé.

On enlève cet organe et on constate que l'incision a été faite le long du bord supérieur, tout près de la trompe droite.

La réunion s'est d'ailleurs bien effectuée. On trouve un peu de sang liquide dans le petit bassin.

Le diaphragme est fortement refoulé en haut et la cavité thoracique est diminuée considérablement de ce fait.

Tous les organes qu'elle contient sont comprimés, on s'explique ainsi les accidents asphyxiques qui ont enlevé la malade.

OBSERVATION N° 32.

Registres de la Maternité de Tenon. (Service de M. Bar).

L... journalière, 31 ans. 29 mars 1887.

Primipare. A marché à 4 ans. Début du rachitisme à 13 mois de 3 à 15 ans a porté un corset orthopédique. Réglée à 19 ans. Variole en 1871.

Actuellement du côté des dents et de la face, on constate peu de choses.

Il existe une *scoliose considérable* dont la partie proéminente est formée par l'angle des côtés et dont *la concavité regarde à droite*. Pas d'ensellure lombaire.

Du côté du thorax le sternum est fortement coudé au niveau de l'union de la première et de la seconde pièce. L'appendice xyphoïde est ossifiée. Chapelet thoracique.

Les membres inférieurs et supérieurs sont longs, les tibias sont légèrement arqués, à concavité regardant en dehors et un peu en arrière.

Dernières règles : 10 au 18 juillet (8 mois 1/2). Aucun accident pendant la grossesse. Premières douleurs le 29 à 6 h. du matin. Rupture spontanée des membres à 10 h. Arrive à l'hôpital vers 4 h. du soir. On constate une présentation du sommet en OIDP tête profondément engagée. Enfant vivant. Dilatation : 5 francs à 7 h. du soir la dilatation est complète. Malgré des contractions très énergiques, la tête reste dans l'excavation.

A 11 h. du soir application de forceps légèrement oblique OIDA.

La rotation est facile, mais il faut faire des tractions énergiques pour franchir le détroit inférieur. On extrait un enfant vivant du poids de 2,750.

Pas de déchirure du périnée. Délivrance naturelle.

17 heures de travail.

Enfant : 2750. 49 cent. OF : 11. — OM : 12. — BT : 7,6. — BP : 8,7. — SoB : 8,5.

OBSERVATION N° 33.

Registres de Tenon. — (Service de M. Champetier de Ribes).

Primipare. Scoliose. Accouchement spontané. Enfant pesant 3.380, à terme.

C..., 17 ans 1/2. Primipare. Juin 1891.

Père mort à 44 ans. Mère vivante et bien portante.

Un frère vivant, 22 ans, maladif, tousse, de petite taille, une sœur de 9 ans, chétive.

De plus, 5 autres frères et sœurs morts jeunes, dont le dernier, mort à 9 mois.

A. P. : Enfance maladive, a marché de très bonne heure, puis a cessé et n'a marché définitivement qu'à 4 ans.

Vers 7 ans 1/2 a été vue pour déviation naissante du dos. A cette date, malformation peu marquée qui s'est accentuée. Jamais de douleurs en ceinture ni dans les membres inférieurs, éprouve parfois des douleurs lombaires sans caractère défini. N'a jamais bon appétit, elle est chétive, trouve fatiguant son travail de couturière (8 h. matin à 8 h. soir), souffre surtout de la station assise, se baisse difficilement.

Taille 1 m. 35, n'a pas ou très peu les bras longs.

L'inspection du dos montre une saillie volumineuse, constituée par les côtes, dont l'angle pointe fortement en arrière, *cette saillie est à gauche*, en revanche le côté droit paraît effacé. La colonne dorsale et la majeure partie de la colonne lombaire forment un arc dont la convexité regarde à gauche, la corde de cet arc mesure 19 cent., la hauteur, 3 cent.

Courbure de compensation au niveau de la partie supérieure de la colonne dorsale. Hauteur de la colonne cervicale : 8 cent

Hauteur prise de la 1re dorsale à la partie inférieure de la saillie costale, point correspondant aux dernières lombaires : 32 cent.

Hauteur du point précédent au sommet du coccyx, 18 cent. Celui-ci est légèrement dévié à droite, bien que normalement, en raison de la compensation, on soit autorisé à le supposer à gauche. La ligne qui réunit la partie la plus élevée des crêtes iliaques forme avec la verticale un angle aigu à droite de 79°, à gauche de 101°, le coxal droit est donc plus élevé, la hanche et la fesse droite paraissent beaucoup plus volumineuses qu'à gauche. Cette apparence tient aux parties molles, car les mensurations donnent, comme nous venons de le voir, une très légère obliquité. Si on mesure l'angle formé par le pli des parties molles on trouve : la verticale 70° à droite, 110 à gauche. La mensuration de la cage thoracique donne au niveau de l'appendice xyphoïde (au point correspondant à la saillie dorsale, 40 cent.). De l'appendice à une ligne verticale qui prolongerait la colonne cervicale non déviée, à gauche 43 cent., à droite 32.

Le bassin semble basculé en avant. L'anus et la vulve regardent plus en arrière que normalement. Le pli fessier en arrière n'est pas vertical. Il présente une obliquité qui va de haut en bas et de droite à gauche.

Accouchement. Premières douleurs le 18 juin à 8 h. soir, elles sont assez rapprochées et intenses, durant toute la nuit et la journée du 19. La dilatation n'est complète qu'à 2 h. du soir, en même temps s'opère la rupture des membranes. Malgré l'intensité des douleurs expulsives, l'accouchement n'a lieu qu'à 9 h. du soir après 7 h. de dilatation complète, la tête étant retenue au détroit inférieur quoique l'on ait pas constaté de rétrécissement.

Délivrance naturelle, complète.

Garçon, pesant 3.300 gr.

OBSERVATION No 34.

(Résumée) dans thèse CHAMPETIER DE RIBES 1879.

Observation II. Guyon Eugénie, 22 ans, primipare, entre à la Maternité le 14 oct. 1878.

Elle marchait depuis quelques mois, lorsque vers le commencement de sa deuxième année, elle fut nouée, et pendant cinq ans, dans l'impossibilité de se tenir sur ses jambes. Le rachitisme a partout laissé des traces sur son squelette.

Sa taille est très petite et ne mesure que 1 m. 38. La face est asymétrique, saillie des pommettes très marquée. Les dents sont divisées dans leur hauteur par un sillon transversal qui sépare du reste de la dent, le tiers libre. Ce sillon est surtout apparent sur les incisives de la mâchoire inférieure, de plus ces dents présentent des cannelures verticales.

Déviation latérale de la colonne vertébrale à convexité tournée à gauche dans la région dorsale, à convexité tournée du côté droit, au contraire dans la région lombo-sacrée.

De plus ensellure prononcée, le sacrum est redressé.

Les fémurs sont très petits et présentent une convexité antéro-externe très prononcée. Le tibia gauche surtout est arqué.

Les mains sont longues, les articulations des phalanges entre elles sont volumineuses.

L'angle sacro-vertébral est élevé, il forme dans le vagin une saillie aiguë. Le diamètre PsP mesuré à plusieurs reprises par M. Tarnier, a une longueur de 95 mm.

La symphyse est épaissie et mesure à peu près 5 cent. de hauteur. Diamètre utile, 75 à 80 mm.

Cette femme jouit d'une assez bonne santé, elle fut réglée pour la première fois à l'âge de 20 ans et depuis ce moment perd du sang chaque mois 5 à 6 jours. Respiration difficile mais pas sujette aux rhumes. Pommettes constamment rouges.

Rien à la poitrine. Rien au cœur.

Primipare. Dernières règles, 4 au 8 avril 1879.

Enceinte de 6 mois par conséquent le 15 octobre. Quelques vomissements alimentaires. Quelques épistaxis. Appétit considérable. A senti remuer depuis le 1er août.

14 déc. Elle continue à tousser beaucoup, elle n'a plus d'appétit et ne se sent pas bien. Quelques râles disséminés dans la poitrine.

La respiration me paraît mécaniquement gênée par le développement de l'utérus dans un espace trop restreint.

Le ventre n'est pas sensible.

15 déc. On devait aujourd'hui même introduire dans l'utérus un dilatateur pour provoquer l'accouchement.

Elle est actuellement enceinte de 8 mois environ.

Elle a souffert toute la nuit, le matin le col est effacé, l'orifice externe est entre-ouvert. Pendant les contractions, on sent les membranes qui pressent sur un orifice d'une largeur de 0,50 cent. Le segment inférieur n'est pas engagé dans l'excavation. Peau chaude, fièvre assez vive. Pouls : 120.

16 déc., 3 h. du matin, ruptures des membranes, main droite dans le vagin. 5 h., le bras droit descend le long de la colonne, à droite on sent la fesse gauche et l'anus.

11 h. 30 matin. MM. Tarnier et Lucas Championnière, trouvent la dilatation suffisante. Travail depuis 36 h. Parturiente très épuisée, fièvre vive, anxiété respiratoire.

M. Lucas Championnière introduit la main et saisit le pied droit. Le bras droit dégagé en arrière se brise.

Manœuvre de Mauriceau. Pressions du côté droit où est le front, par MM. Tarnier et Champetier.

La tête passe brusquement dans l'excavation.

Fille, 2615 gr., longueur 46 cent. Insufflée pendant 10 minutes.

OF : 11. — OM : 12,5 — SoBr. : 90. — BP : 8,5. — BT : 7,6.

L'enfant meurt le 15 déc. Enfoncement profond du pariétal droit dans le point qui correspondait à l'angle sacro-vertébral. Délivrance normale.

On pensait que l'obstacle avait été produit par le col, mais l'enfoncement du pariétal prouvait que cela venait du bassin.

§ 4. — OBSERVATIONS CLINIQUES DE CYPHO-SCOLIOSES.

(34 à 44).

OBSERVATION N° 35.

Registres de la Clinique.

A..., femme Muller, 24 ans. 1er mars 1887.

Primipare. *Scolio-cyphose rachitique.*

Bassin vicié. A marché, 3 ans.

Accouchement provoqué par le dilatateur Tarnier.

Réglée à 19 ans, régulièrement.

Dernières règles, 10 juillet. (7 mois 1/2), ni accidents ni complications, premières douleurs. 28 fév. 2 h. du soir.

Rupture des membranes artificielle à dilatation complète 1er mars 9 h. 15 matin.

Terminaison. 11 h. 30 matin. Sommet OIGH.

Garçon. 2,200. 45 cent. OF : 11. — OM : 12. — BP : 8. — BT : 7. — SoB : 8,5.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 36.

Registres de la Clinique.

Le F..., Adèle, 29 ans. 14 août 1888.

Cyphose dorsale avec scoliose (voussure de la partie dorsale droite) *Rachitique.*

A marché à 9 mois. Bassin peu touché.

Accouchements précédents. *2 à 8 mois* (enfants morts à 8 et à 14 jours. 1 à terme mort à 5 mois d'une méningite.

Dernières règles, 14 décembre, *8 mois*, pas d'accidents ni de complications.

Premières douleurs. 14 août 1888, 6 h. 30 du matin.

Rupture des membranes artificielles à dilatation complète 8 h. 15.

Terminaison. 9 h. 15. *Siège complet.* STGA.

Fille faible. 1680, longueur 42. — OF : 10. — OM : 11,5. — BP : 8. — BT : 6 1/4. — SoBr. : 8,5.

Délivrance naturelle. Hémorrhagie assez abondante.

OBSERVATION N° 37.

Registres de la Clinique.

J... Clothilde, 17 ans, 25 juin 1889.

Primipare. Bonne constitution.

Scoliose d'adolescence (région dorsale inférieure).

Cyphose légère, scoliose dorsale inférieure à convexité gauche.

Compensation lordosique en bas et surtout en haut.

Espace entre la crête iliaque et les côtes plus large à droite.

Réglée à 12 ans, irrégulièrement tous les 2 ou 3 mois.

Grossesse à terme, vomissements, céphalalgie, lipotymie, hymen intact.

Premières douleurs 24 juin minuit.

Rupture des membranes spontanée à dilatation complète 6 h., 25 juin.

Terminaison naturelle, 7 h. 15 soir.

Sommet OIGA. Garçon. Bien portant 4150 gr., 53 cent.

Délivrance naturelle, suivie d'hémorrhagie (injections chaudes. Compression de l'aorte, évacuation des caillots).

OBSERVATION N° 38.

Registres de la Clinique.

L... Mathilde, 30 ans. Primipare, 1er janvier 1890.

Scolio-cyphose à convexité droite très élevée de la 1re dorsale à la 1re lombaire. Lordose lombaire très faible. Coccyx légèrement soulevé à gauche. Sacrum raboteux avec épine sciatique légèrement saillante.

Dernières règles : 25 mars. Courbatures. Leucorrhée.

Ruptures des membranes à dilatation complète. 1er janvier minuit.

Sommet OIGA. Garçon 3600.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 39.

Registres de la Clinique.

G... Marie. 40 ans, primipare, 31 juillet 1890.

Cyphose très marquée de la région dorsale avec un peu de scoliose. A marché très tard, léger aplatissement à droite.

Dernières règles : 20 novembre 1889. Réglée à 20 ans, régulièrement.

Premières douleurs, 30 juillet, 7 h. matin.

Rupture des membranes, 7 h. matin, dilatation complète 31 juillet, 11 h. matin.

Terminaison naturelle. 1 h. 20 soir.

Sommet OIDP. Garçon : 2140 gr., 43 cent.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 40.

Registres de la Clinique.

R... Julie (dite Jules) 39 ans. Primipare, 10 août 1890.

Scolio-cyphose (ayant débuté vers 2 ans), *dorso-cervicale.*

Réglée à 13 ans.

Dernières règles : 18 oct. Douleurs abdominales, œdème des membres inférieurs.

Premières douleurs, 10 août, 6 h. soir.

Dilatation complète et rupture des membranes, 12 août, 3 h. soir.

Forceps par M. Demelin à 4 h. 50 du soir.

Sommet OIDP, fille. Bien 3320 gr.

Délivrance naturelle.

(Application de forceps pour ralentissement des battements du cœur. Adipose. Emphysème pulmonaire).

OBSERVATION N° 41.

Registres de la Clinique.

C... Rosalie, 28 ans, 8 janvier 1892.

Scolio-cyphose rachitique cervicale et dorsale.

Face antérieure du sacrum très accessible.

Marche à 11 mois, déviation de la colonne vertébrale survenue à l'âge de 16 ans.

Fausse couche à 6 semaines spontanée.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans.

Dernières règles : 16 mai (8 mois) vomissements bilieux, somnolence odontalgie. Hémorrhagies 1er, 2e, 3e mois au moment des règles.

Premières douleurs, 9 janvier 9 h. matin.

Rupture des membranes artificielles, 4 h. soir, à la dilatation complète.

Terminaison naturelle, 5 h. soir.

Sommet OIDP réduite. Fille, 2260 gr., 45 cent.

Tête peu ossifiée. *Aplatissement du pariétal postérieur. Enfoncement à la partie antérieure du pariétal gauche.*

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 42.

Registres de la Clinique.

Femme F..., 36 ans. Sept. 1892. Primipare.

Cypho-scoliose dorsale droite, promontoire accessible.

PsP : 11.

Dernières règles, 23 nov. 1891.

Premières douleurs, 3 sep. 4 h. matin.

Rupt. membranes à dilatation complète, 11 h. matin.

Terminaison naturelle, 11 h. 50.

Sommet OIGA. Garçon. Bien 2800.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 43.

Registres de la Clinique.

N..., lit n° 20, 27 ans. 12 janv. 1093.

Primipare. *Bassin rétréci (aplati à gauche) épine sciatique droite très légèrement proéminente. Cypho-scoliose à 12 ans.*

Dernière règle, 9 avril 1892, à terme, pas de complications.

Premières douleurs, 12 janv. 2 h. 30 soir. Rupt. membranes, 4 h. 15 soir, dilatation complète, 6 h. 15 soir. Terminaison naturelle, 9 h. soir.

Sommet OIGA, travail 18 h. 30. *Trois heures d'expulsion.*

Délivrance naturelle, 9 h. 15 soir.

Enfant : garçon, bien portant, 3220 gr. 48 cent.

Bosse scro-sanguine en arrière presque médiane.

Tète un peu aplatie à gauche.

Bulles pemphygoïdes à l'avant-bras, (pas d'antécédents spécifiques connus).

Mère et enfant sortis bien portants le 22 janv. Enfant pesant 3125 gr.

OBSERVATION N° 44.

Registres de la Maternité.

L..., Estelle, 28 ans, entre à la Maternité le 23 oct. 1872, dans le service de M. Tarnier. Elle ne peut donner aucun renseignement sur son enfance, son père lui est inconnu, sa mère est morte quand elle avait 4 ans, elle fut mise aux Enfants-Assistés et en fut retirée 10 ans plus tard, puis élevée par une famille

étrangère. Elle prétend qu'à 7 ans elle dut prendre le lit qu'elle garda pendant un assez long temps, mais qu'elle ne peut déterminer, et que c'est de cette époque que les déformations de la colonne vertébrale et des membres sont survenues.

La santé fut ensuite généralement mauvaise, elle eut des maux d'estomac continuels, des palpitations, et vers 19 ans elle fut atteinte de fièvre typhoïde.

La hauteur totale du corps est de 1 m. 39.

Voici les déformations que présentent les jambes résultant du rachitisme. Les 2 tibias sont déformés, les os ont une convexité très marquée, dirigée en avant. Le summum de la courbe pour le côté gauche est à l'union des 2/3 supérieurs avec le 1/3 inférieur, et pour le côté droit un peu au-dessous de la partie moyenne.

On peut à peine suivre la direction des fémurs grâce à l'embonpoint de la malade, ils semblent cependant présenter une convexité exagérée en avant et en dehors. Il n'y a pas de claudication. Si on examine le dos, on voit qu'il y a *une déviation plus marquée de la colonne vertébrale à droite avec cyphose.* Il y a une saillie très prononcée en arrière au niveau de la ligne qui correspondrait à l'extrémité inférieure de l'omoplate.

Le bassin mesure dans son diamètre antéro-postérieur 10 cent. 5 sans réduction, il n'existe aucun rétrécissement au détroit inférieur. Cette femme depuis l'âge de 19 ans est réglée tous les mois pendant 3 ou 4 jours. Dernières règles : 20 au 24 mars 1872. Depuis sa grossesse, la femme fut toujours bien portante, elle n'eut que des épistaxis, des dégoûts d'aliments et des envies.

Chez cette malade, pendant le dernier mois de la grossesse, l'enfant a pris successivement diverses positions dans la cavité utérine, positions constatées par M. Tarnier.

Vers le 15 et à la fin de novembre il était placé transversalement, la tête dans l'hypochondre gauche, le siège dans le flanc droit, et le dos dirigé en bas et en avant. Par la palpation, on se rendait facilement compte de cette situation.

De plus, le maximum des battements du cœur s'était entendu en avant et à gauche. M. Tarnier qui avait l'intention de provoquer l'accouchement en fut empêché par cette position peu favorable de l'enfant qui resta là même pendant quelque temps.

Plus tard, vers le 12 déc. elle changea, la tête descendit dans le grand bassin, on sentait très facilement par le palper le vertex en bas, la dos dirigé en avant et à droite, les petites extrémités fœtales en haut et à gauche, le maximum des bruits du cœur en avant, en bas et à droite, sa position était donc en OIDA. Enfin le 25 déc., veille de son accouchement, la tête était toujours dans l'excavation, le dos dirigé en avant, mais les petites extrémités et le siège étaient en haut et à droite, le maximum des bruits du cœur s'entendait en avant, en bas et à gauche.

La position était donc en OIGA. Les premières douleurs apparurent le 24 déc. à minuit, elles se continuèrrent dans la journée du 25 mais lentement et facilement. Mme Callé qui l'examina à 10 h. du soir trouva le col effacé mais ferme, à partir de ce moment, les contractions devinrent plus vives et lorsqu'elle monta à la salle d'accouchement, le 26 déc, à minuit 5, l'orifice utérin était de la grandeur, d'une pièce de 0,50. La poche des eaux se rompit spontanément à 1 h. 10 du matin, la dilatation était alors comme 1 franc. Le travail marcha régulièrement, à 4 h., la dilatation était complète, et le 26 déc., à 5 h. 20 du matin, l'accouchement était terminé après un travail de 29 h. 20. L'enfant du sexe masculin naquit vivant. Il pesait 3010 gr., sa longueur totale était de 48 cent. La tête qui ne présentait aucune déformation consécutive à l'accouchement offrait les diamètres suivants :

OF : 11. — OM : 12. — BP : 8. — SoBr. 9.

La délivrance se fit naturellement à 7 h. du matin, il y avait eu un peu d'inertie utérine sans hémorrhagie.

OBSERVATIONS CLINIQUES SANS GRANDS RENSEIGNEMENTS
(44 à 59)

OBSERVATION N° 45.

Registres de la Clinique.

P... Aline, 27 ans, 4 déc. 1893.

Primipare. Bonne constitution. *Scoliose 3e à 11e dorsale.*

Dernières règles, 25 au 27 mars. *8e mois environ.*

Vomissements. Cephalalgie. Troubles de la vue. Leucorrhée.

Premières douleurs, 4 déc. 11 h. soir.

Rupture des membranes, 5 déc. 11 h. 30 matin à la dilatation complète.

Terminaison, 1 h. 40 soir, spontanée.

Sommet OIGA. Durée du travail 11 h. 45.

Délivrance naturelle 1 h. 55 soir.

Placenta légèrement teinté de méconium.

Garçon, 2450. Mère et enfant sortis bien portants.

Bassin généralement rétréci, modérément au niveau du détroit moyen. Rhumatisme articulaire à 7 ans.

OBSERVATION N° 46.

Registres de la Clinique.

Femme M..., 28 ans, lit n° 36, 14 nov. 1892.

Scoliose à convexité droite. Primipare, réglée à 15 ans, femme amenée le 14 nov. à 8 h. du soir par une sage-femme de la ville. Serait en travail depuis deux jours. La dilatation n'aurait pas dépassé depuis ce temps une pièce de 5 francs. La sage-femme a donné à la malade du laudanum et de la belladone.

Dernières règles, 27 au 30 janv. Nausées, pyrosis.

Premières douleurs, 12 nov. 1 h. matin. Rupture des membranes spontanée 14 nov. 11 h. soir. Dilatation complète, 15 nov. 8 h. soir.

Terminaison naturelle, 15 nov., 9 h. 30 soir.

Sommet OIGP. Travail 68 h. 30.

Délivrance naturelle, 9 h. 50 soir, placenta teinté de méconium.

Garçon : 3450 gr.

L'enfant est né dans un état de mort apparente. (Asphyxie blanche). Insufflé, frictionné. Bains. Ranimé difficilement au bout d'une heure, l'enfant a crié normalement, *il est mort* le 16 nov. à 3 h. du matin après accès de cyanose et mouvements convulsifs. Insufflation à 3 h. du matin et à ce moment à mesure qu'on l'insufflait le méconium sortait à chaque insufflation. Crépitation parcheminée. Ossification incomplète des os du crâne, fontanelle supplémentaire près de la fontanelle postérieure sur le trajet de la suture sagittale. Chevauchement considérable de l'occipital sur les pariétaux.

OBSERVATION N° 47.

Registres de la Clinique.

D... femme B... Janvier 1893.

26 ans. Primipare. *Scoliose à 12 ans.*

Dernières règles : 13 au 20 avril. Vomissements, leucorrhée.

Premières douleurs. 16 janvier. Ruptures des membranes à dilatation complète 8 h. matin. Terminaison spontanée 8 h. 25.

Sommet OIDP. Fille, bien portante 2900 gr., 46 cent. (fontanelle supplémentaire sur pariétal gauche, fontanelle antérieure petite).

Délivrance naturelle 8 h. 55 matin. Main dans l'utérus pour cotylédon douteux.

OBSERVATION N° 48.

Registres de la Clinique.

B... Marie, 36 ans. Mars 1892.

Rachitique. Scoliose dorso-lombaire droite.

6 accouchements avant terme dont 5 fausses couches et un accouchement provoqué.

Irrégulièrement réglée.

Dernières règles : 10 juin 91. Nausées, gastralgie.

Premières douleurs. 7 mars 2 h. matin.

Ruptures des membranes. Nuit du 6 mars.

Dilatation complète. 7 mars, 10 h. 30 matin.

Terminaison. 11 h. 45. Sommet OIDT.

Durée au travail 10 h. Fille 2820 gr.

Délivrance naturelle. Midi.

OBSERVATION N° 49.

Registres de la Clinique.

S... Léonie. 20 ans. 1er octobre 1891. Primipare.

Rachitisme. Scoliose, léger rétrécissement.

Réglée régulièrement. Dernières règles : 14 ans, 17 février, perte d'eau le 23 sept., et perte de sang le 31 septembre.

Premières douleurs. 1er oct. 4 h. matin (*7 mois.*)

Ruptures des membranes à dilatation complète, 4 h. 30 soir.

Sommet OIGA. Garçon. *1800.* 42 c.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 50.

Registres de la Clinique.

S..., Maria, 28 ans. 5 janvier 91.

Primipare. *Scoliotique. Bassin touché surtout au détroit inférieur.* Promontoire non accessible.

Réglée à 23 ans. Dernières règles : 16 au 19 mars. 9 mois.

Premières douleurs. 4 janvier, minuit.

Ruptures des membranes à dilatation complète, 5 janvier, 5 h. 30, naturelle.

Sommet OIDP. réduite. Travail. 30 h. 35.
Délivrance, 6 h. 15 matin naturelle.
Fille bien portante 3700.

OBSERVATION N° 51.

Registre de la Clinique.

B..., femme Th..., 39 ans. Couturière, faible.

Déviation de la eolonne vertébrale. Scoliose dorsale droite.

Accouchée à terme de 2 filles, la première à Saint-Louis au forceps la deuxième à la Clinique. (*Voir observation suivante.*)

Dernière règles : fin d'avril. Vomissements pendant toute la durée de la grossesse *qui est de 6 mois 1/2.*

Premières douleurs. 22 nov. 6 h. du soir.

Ruptures des membranes à la dilatation complète, 23 nov., 6 h. du soir.

Terminaison. 6 h. 30. Travail : 24 h. 30.

Sommet OIGA. *Garçon. 1480.* OF : 9,5. — OM : 10,5. — BP : 8. — SoBr. : 8.

L'enfant et la mère sortent de la Clinique en bon état.

OBSERVATION N° 52.

Registres de la Clinique.

B..., femme Th..., 5 avril 1880.

37 ans. Couturière. *Seoliose*, état général bon.

1 aeeouehement à terme au foreeps.

Réglée à 18 ans tous les mois 5 jours.

Dernières règles : 13 juillet. Vomissements.

Premières douleurs. 1er mai, 7 h. du matin.

Ruptures des membranes à dilatation complète 11 h. du matin.

Terminaison. 11 h. 45 du matin. Sommet OIDP.

Fille. 2910. Bien portante. OF : 11. — OM : 12,5. — BP : 9. — BT : 9.

Délivrance naturelle.

Avant et après la délivrance, hémorrhagie assez abondante, ayant nécessité l'emploi du seigle ergoté, (2 gr. en 3 doses) et des compresses d'eau froide sur l'utérus.

OBSERVATION N° 53.

Registres de la Clinique.

R... Adèle, 34 ans, couturière, 10 juin 1877.

Scoliose. Primipare.

Réglée à 21 ans, régulièrement.

Dernières règles : 12 sept. 1876, ni accidents, ni complications.

Premières douleurs, 13 juin 9 h. matin.

Rupt. des membranes à la dilatation complète, 13 juin 2 h. soir.

Terminaison, 5 h. 30 du soir.

Application de forceps à la vulve pour insuffisance des contractions.

Sommet OIGA, durée du travail, 9 h., fille, 2950 gr. 45 cent. Bien portante.

OF : 11. — OM : 3,5. — BP : 9. — SoBr : 9.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 54.

Registres de la Clinique.

M..., femme L..., 28 nov. 1869. 35 ans. Primipare.

Rachitique, déformation des membres inférieurs.

Bassin vicié. Scoliose. 8 3/4 après réduction.

Dernières règles : 10 fév. Premières douleurs 26 nov. à h. matin.

Cette femme est apportée à la Clinique le 28 nov. à 11 h. matin.

M. Depaul la voit à 1 h. du soir, il constate une constitution rachitique, membres inférieurs déformés. *Scoliose de la colonne vertébrale*, mais il ne peut atteindre l'angle sacro-vertébral à cause, de l'engagement de la tête.

Cette tête n'avançant pas, malgré le long temps qui s'est écoulé depuis le début du travail, il ne peut que présumer son rétrécissement. Dilat : 2 francs, col un peu rigide.

Le 29 au matin, M. Depaul retrouve la malade à peu près dans le même état, il se décide à intervenir *par une application de forceps*, la malade refuse le chloroforme. Comme le col présente une dilatation d'une pièce de cinq francs à peine et en outre toujours une certaine rigidité, M. Depaul fit deux petits débridements de chaque côté et en quelques instants la dilatation devint complète. Le forceps fut alors appliqué, et après quelques tractions on amena un enfant du sexe féminin présentant un circulaire autour du cou, et dans un état voisin de l'asphyxie.

Il fut ranimé facilement par quelques frictions.

Après l'accouchement on constata un rétrécissement de 10 cent. 1/4 sans réduction.

OIDP. fille 2878 gr.

OF : 11. — OM : 13. — BT : 9, 3/4. - SoBr : 9.

Délivrance naturelle.

OBSERVATON N° 55.

Registres de la Maternité de Tenon. (Service de M. Bar).

T..., brodeuse, 21 ans, 28 avril 1889.

Menstruée à 13 ans. Irrégulièrement.

Dernières règles : 15 au 19 juillet, à terme. A déjà fait un avortement de 5 mois.

Vomissements. Premières douleurs, 7 h. du soir, 28 avril.

Rupture des membranes à la dilatation complète, 29 avril, 2 h. soir.

Sommet OIDP. Fille : 3170 gr., 49 cent.

OF : 11 cent 1/2. — OM : 13,5. — BP : 9,5. — BT : 7,5. — SoBr. : 8,6.

Délivrance naturelle.

Première pièce sacrée accessible. Légère scoliose gauche.

OBSERVATION N° 56.

Registres de la Maternité.

Accouchement naturel dans un bassin vicié par le rachitisme.

Enfant vivant du terme de 8 mois.

D..., primipare, vint à la Maternité, le 1er mai 1863, à 9 h. 30 du soir, souffrant depuis deux heures du matin et ayant la dilatation presque complète, le sommet se présentait en OIGA, les membranes étaient entières. Le maximum des bruits du cœur fœtal à gauche et en avant ; l'utérus était en obliquité antérieure très prononcée et développé comme au terme de 8 mois 1/2. Cette femme avait l'aspect des rachitiques, les membres inférieurs longs et incurvés, les membres supérieurs longs et droits. *La cage thoracique déformée, la colonne vertébrale déviée, la région lombaire en dedans, la colonne dorsale en dehors.*

Elle fut couchée immédiatement et l'utérus relevé, pendant toute la journée du travail, les contractions étaient faibles et éloignées. A 10 h., la dilatation fut complète, on rompit les membranes, il s'écoula peu de liquide amniotique, à 10 h. 30 la tête franchit l'orifice, la période d'expulsion dura jusqu'au 3 mai, à 2 h. du matin.

L'enfant (garçon) vivant pesant 2600 gr., la délivrance fut naturelle.

Le matin, Mme Alliot indiqua *une proéminence de l'angle sacro-vertébral, une concavité plus prononcée de la face antérieure du sacrum*. La mensuration interne donna 11 cent. de diamètre sacro-sous-pubien. Les suites de couches furent compliquées de pneumonie, mais D... partit en bon état le 13 mai 1863, avec son enfant, ayant un peu d'érythème.

OBSERVATION N° 57.

Registres de la Maternité.

D... Eugénie, secundipare, 30 ans, 6 mars 1888.

Bonne constitution, fut réglée à 19 ans, irrégulièrement.

Déviation de la colonne vertébrale à gauche, l'attribue à un coup de pied de cheval reçu à l'âge de 8 ans.

Dernières règles, 27 au 30 mars. OIGA. *Anglé accessible.*

Terminaison spontanée, 11 mars, 2 h. soir.

Garçon, bien portant, 3350.

OBSERVATION N° 58.

Registres de l'hôpital Tenon (M. CHAMPETIER DE RIBES).

Bassin assez vaste mais irrégulier, porté en haut et à gauche. Accouchement spontané. Enfant de 2420.

C... 40 ans, 13 août 1892.

A.P. La malade fait remonter *la déviation de la colonne vertébrale qu'elle présente à l'âge de 12 ans.*

Réglée à 17 ans, régulièrement.

Première grossesse à 25 ans, *accouchement spontané à 8 mois*, l'enfant meurt peu après, puis *4 avortements* successifs de 4 à 5 mois. Enfin, *dernier accouchement à terme* pour lequel on a fait *la version et appliqué le forceps*, dit la malade qui ne peut donner de renseignement précis. *L'enfant est venu mort.*

Enceinte actuellement de 8 mois à peu près.

Albumine dans l'urine, *pas de syphilis.*

Accouchement spontané, 6 h. 30 soir.

OIDP, enfant vivant et bien portant, 2420. (mis en couveuse le 18, meurt le 24).

Délivrance naturelle.

Examen du bassin. Scoliose dorsale lombaire convexité à

gauche, on atteint difficilement le promontoire, 12 cent. sans déduction. *Le sacrum est très concave.* Le bassin semble dans sa totalité remonter à gauche.

En somme bassin irrégulier, mais vaste.

OBSERVATION N° 59.

Registres de la Pitié. — (Service de M. Maygrier).

H... 18 ans, couturière. Bonne constitution.

31 juillet 1893. Primipare. *Légère scoliose gauche.*

Conformation du bassin : normale.

Réglée tous les mois pendant 5 jours abondamment.

Dernières règles : 25 au 29 sept. 9 mois. Odontalgie, céphalalgie.

31 juillet, 4 h. 30 matin. Apparition des premières douleurs. Ruptures des membranes midi 45, à la dilatation complète.

Terminaison spontanée. 31 juillet, 1 h. 25 soir.

Sommet OIGA. Délivrance naturelle.

Garçon, 3,500 gr., 49 cent. Bon état physique.

OF : 12,5. — OM : 13,5. — BP : 9,5. — BT : 7,5. — SoBr. : 9.

---

§ 6. — OBSERVATIONS CLINIQUES DE SCOLIOTIQUES N'AYANT PAS LES MEMBRES INFÉRIEURS D'ÉGALE LONGUEUR.

OBSERVATION N° 60.

Registres de la Maternité.

Bassin vicié par le rachitisme. Perforation du crâne.

La nommée L... primipare, âgée de 21 ans, grosse de 8 mois 1/2, fut reçue à la Maternité le 16 déc. 1858. Cette femme est très petite, très difforme, n'a de hauteur que 1 m. 20. Interrogée sur ce qui se passa dans son enfance, elle nous apprend que depuis

l'âge de 10 mois jusqu'à 7 ans elle marcha; que pendant ce temps, toujours elle fut bien portante. A cette époque, elle cessa de marcher et attribue cet arrêt à des convulsions qui durèrent 5 ans et qui la forcèrent à rester couchée pendant deux années, dans l'intervalle des convulsions, elle était tenue sur les bras. Pendant tout le temps que dura sa maladie, elle ne put se servir du côté gauche, surtout du membre inférieur, qui maintenant est beaucoup plus grêle, plus long, moins fort que le côté droit, elle ne s'en sert que comme point d'appui dans la marche, ce même côté est moins difforme que l'autre.

A 9 ans, on essaya de la faire marcher et la première fois elle tomba et se fractura l'humérus droit. Le membre inférieur droit est plus court que l'autre, le fémur semble droit, recouvert d'une épaisseur assez grande de parties molles, le tibia est incurvé, la convexité regarde en dehors et antérieurement, la concavité au bord interne. C'est cette jambe qui fut ranimée avec plus de facilité pendant la maladie, la cuisse a 26 cent., la jambe en ligne droite sur le bord interne et comprenant l'épaisseur du pied a 35 cent. et le pied a 24 cent. de longueur. En suivant la courbure du tibia sans comprendre l'épaisseur du pied, la jambe a 35 cent. Le membre inférieur gauche a des parties molles moins épaisses, l'articulation de la jambe avec le pied est très mobile. La cuisse est droite et a 30 cent. La jambe est presque droite, l'incurvation est très peu prononcée et existe au bord interne, mesurée du bord externe prenant l'épaisseur du pied, 37 cent. ; à la partie antérieure sans mesurer le pied, 32 cent. Le pied beaucoup plus court, plus épais, plus mobile que le droit, n'a que 16 cent. du talon au gros orteil, le genou est beaucoup plus volumineux. Au bord externe existe une saillie assez considérable.

Les 2 bras sont longs et droits, tous deux ont 44 cent. de longueur.

A la partie moyenne de l'humérus droit existe une saillie assez prononcée, dont la convexité répond au bord interne, elle résulte d'une fracture ayant eu lieu à 9 ans.

Les mains sont longues mais larges, ainsi que l'extrémité des doigts.

La colonne vertébrale dans sa région dorsale est incurvée, la convexité répond à droite, la portion lombaire est aussi incurvée mais moins, et la convexité répond à gauche, mesurée de la base du crâne à la pointe du coccyx, il y a 64 cent. en ligne droite.

Cette femme fut placée à Sainte-Claire où elle resta jusqu'au 31 déc. jour où quelques petites douleurs ont commencé à apparaître et le travail définitivement déclaré le 1er janvier 1858 à 2 h. du matin. Dès ce moment, elle fut amenée à la salle d'accouchement elle n'avait qu'un début de travail, à partir de ce moment, les douleurs sont devenues un peu plus fréquentes et plus fortes, le travail marchait régulièrement et normalement.

Mme Alliot l'examina le matin à 8 h. et trouva l'orifice dilaté de 3 cent., la tête se présentait en OIGP. Les membranes étaient intactes. Les bruits du cœur du fœtus très réguliers. La dilatation augmentait toujours un peu, à 3 h. elle fut examinée de nouveau par Mme Alliot, les membranes se sont rompues, le liquide qui s'écoulait offrait une odeur sulfurée, sans pouvoir l'attribuer à aucune particularité. Dès ce moment, elle semblait faire des efforts. A 5 h. du soir, quand on l'examine, on trouve l'orifice ayant augmenté d'étendue et une tumeur formée sur la tête. A ce moment, la parturiente est placée dans un bain jusqu'à 7 h. Quelques instants après les douleurs reparurent plus fortes et presque permanentes malgré qu'on lui ait mis immédiatement après sa sortie du bain 2 suppositoires dans le vagin. Dans l'intervalle d'une demi-heure cependant, les douleurs n'ont pas tardé à devenir plus faibles et moins rapprochées, à 11 h. du soir, on lui ordonna un lavement salé qui a été bientôt suivi d'une garde-robe, elle resta assez paisible jusqu'à minuit, mais à partir de ce moment, elle fut très agitée, la face était très colorée et cyanosée, peu de temps après, elle tomba 2 fois en syncope dans l'intervalle des contractions. Le pouls était presque imperceptible, la voix éteinte. Cet état se prolongeant outre mesure

on réveilla Mlle Brun à minuit 1/2 qui ordonna un lavement avec 10 gouttes de laudanum, ce qui la calma un peu pour toute la nuit.

Le 2 janvier, à 8 h. 45 du matin, on décida qu'il fallait terminer l'accouchement. Chloroformisation. Application du forceps. (Branche gauche la première) quelques tractions faites sont restées totalement infructueuses. A 8 h. 50 minutes on fit la perforation du crâne, la ponction sur la partie supérieure et postérieure du pariétal gauche. On appliqua le céphalotribe, la perforation fut facile. Après quelques tractions la tête est venue reposer sur le plancher du bassin. à 8 h. 56 minutes on retira le céphalotribe et on en fit une seconde application. L'articulation se fit facilement, par suite de quelques tractions, la tête se dégagea ainsi que le tronc en seconde position, variété postérieure.

A 9 h., l'accouchement fut terminé. La délivrance eut lieu 30 minutes après, naturellement. L'utérus s'est très bien retracté. Cette femme se trouve dans un état satisfaisant et est transportée dans de bonnes conditions salle Sainte-Elisabeth.

L'enfant né mort offrait les dimensions suivantes :

BP : 4,5. — BT : 6. — SoBr. : 8. — OF : 10. — Bi-ac. 10 à 12 cent.

Les suites de couches ont été très naturelles. Il ne s'est pas développé d'eschares, l'écoulement lochial abondant et normal, quelques légères tranchées calmées par des cataplasmes émollients et un léger purgatif.

Cette femme est partie le 17 janvier 1859, dans de très bonnes conditions.

OBSERVATION No 61.

Registres de la Maternité.

Bassin vicié par rachitisme, diamètre sacro-sous-pubien 9.7, Accouchement naturel. Présentation du sommet en OIGA. Enfant pesant 3050 gr. né en état de mort apparente et ranimé.

17 septembre 1872. L. .. Léonie, âgée de 28 ans, célibataire,

blanchisseuse, née à Paris. La mère est bien conformée, son père est inconnu : elle a été placée en nourrice à la campagne et y demeura jusqu'à l'âge de 9 mois, sa mère la fit alors revenir à Paris. Elle était à ce moment très vive et commençait déjà à essayer de marcher, lorsqu'elle fut atteinte de convulsions. Elle pris le lit pour ne le quitter que vers l'âge de 6 ans.

Depuis son retour à Paris, on avait cessé de la nourrir avec du lait. Elle mangeait de la soupe et de la viande, buvait du vin, etc. Enfin, à 7 ans elle recommença à marcher avec l'aide d'un appareil soutenant sa jambe gauche qui était très faible. Elle arriva bien à marcher très aisément et arrivée à l'âge de 12 ans, elle cessa de faire usage de son appareil. Depuis longtemps elle avait quitté Paris pour Corbeil, où elle entra en apprentissage à 14 ans; dans sa 16e année elle alla s'installer près d'Evreux. Sa santé était constamment bonne depuis son enfance, elle n'avait jamais été malade. La dernière apparition des règles remonte chez elle au 2 mars 1872, elle affirme qu'elle ne s'est exposée à devenir enceinte que du 15 au 20 mars 1872. Sa grossesse fut bonne, mais accompagnée d'accidents. Le 20 novembre elle entrait à l'hôpital de Bernery, le 27, elle était envoyée à la Maternité.

La hauteur totale de cette femme est de 1 m. 22. Il existe de nombreuses traces de rachitisme. Le membre inférieur droit est un peu plus long que le gauche, le tibia du côté droit a sa direction normale, au contraire, à gauche, cet os est considérablement déformé. Il présente une courbure très marquée dont la convexité est dirigée en dedans et décrit un véritable arc de cercle.

Si on mène la corde de cet arc s'étendant de la tubérosité antérieure du tibia à la partie moyenne de son extrémité antérieure, il existe entre l'os et la corde un espace libre qui mesure 1 cent. 5 de la corde au bord de externe du tibia et 1 cent. de la corde au bord interne du même os. La face antérieure du tibia mesure donc une longueur de 3 cent. 1/2. Le fémur droit est légèrement courbe, à convexité dirigée en dehors.

Les membres supérieurs droit et gauche, ainsi que les clavicules sont normaux.

La colonne vertébrale présente des déviations antéro-postérieures et latérales. En allant de haut en bas on trouve la région cervicale normale. A la région dorsale existe une courbure à convexité dirigée à droite, concavité à gauche (scoliose) en avant à ce niveau un enfoncement. Plus bas, la saillie des apophyses épineuses regagne la ligne médiane, plus bas encore elles décrivent une courbe à convexité dirigée à gauche mais très proéminente en arrière, faisant une saillie postérieure à la fin de la région dorsale (cyphose). La hanche droite plus élevée que la gauche, la partie supérieure du tronc fait avec elle un pli très profond et très marqué. De la 7e vertèbre cervicale à la base du sacrum la distance est de 24 cent. L'angle inférieur de l'omoplate fait une saillie considérable. Du côté du bassin on trouve l'angle sacro-vertébral assez éloigné ; on l'atteint et on voit que le diamètre sacro-pubien mesure 97 mm. sans réduction. L'extrémité inférieure du sacrum et le coccyx sont aussi fortement dirigés en avant, amenant une réduction du diamètre antéro-postérieure du détroit inférieur.

Les deux ischions ne paraisssnt pas rapprochés et il semble exister un écartement presque normal entre les branches ischio-pubiennes.

Les premières douleurs apparaissent le 16 décembre, 8 h. 30 du soir, cette femme monta à la salle d'accouchement le 17 à 1 h. 15 du matin. Le travail marcha régulièrement, la poche des eaux se rompit à 8 h. 30. La dilatation était de la grandeur de 5 francs, M. Tarnier examina la femme vers 11 h. Comme la dilatation n'était complète que depuis 30 minutes, que le sommet qui était en OIGA paraissait vouloir s'engager, que les contractions étaient énergiques et régulières, les battements du cœur normaux, il dit d'attendre car il croyait à une terminaison spontanée ce qui eut lieu le 17 septembre à midi 30. La femme accoucha naturellement d'une fille du poids de 3050 gr., elle naquit en état de mort apparente mais les frictions et les bains

suffirent pour la ranimer. La longueur totale de l'enfant était de 0 m. 49. OF : 11. — OM : 13. — BP : 85.

Délivrance naturelle.

OBSERVATION N° 62.

Registres de la Maternité.

Accouchement prématuré provoqué à l'aide du ballon dilatateur et de l'écarteur utérin de M. Tarnier. Femme rachitique. Bassin vicée. PsP 7 8, terme 6 mois 1/2.

La nommé Van A... Primipare, âgée de 26 ans, se présente pour la première fois à la Maternité le 20 janvier 1890.

C'est une femme très petite et d'aspect rachitique. Rien dans ses antécédents héréditaires n'explique cette conformation, son père et sa mère sont grands et bien constitués, de même ses frères et sœurs qui tous ont été allaités par leur mère.

Elle a été élevée par une nourrice au sein. A l'âge de 2 ans, ses parents la reprirent près d'eux, son état était déjà grave et nécessita l'application d'appareils orthopèdiques qu'elle garda jusqu'à l'âge de 16 ans. On ne lui fit suivre aucun traitement médical. A l'âge de 10 ans elle eut le croup et à 23 ans la variole, elle jouit d'une bonne santé habituelle. La menstruation s'est établie régulièrement chez elle pendant 8 jours environ chaque mois, peu abondamment depuis l'âge de 14 ans. Le buste de la malade paraît assez long *cependant la colonne vertébrale présente plusieurs courbures, une supérieure droite marquée une inférieure gauche* : Le membre inférieur gauche est en genu valgum. Le cœur et les poumont sont sains.

Examen obstétrical. Le palper ne donne que des renseignements confus, les battements du cœur s'entendent à droite. Le col est long, ouvert inférieurement, on n'atteint aucune partie fœtale. Le bassin est petit en hauteur. Sa forme se rapproche de celle d'un huit de chiffre. *La symphyse sacro-iliaque gauche forme gouttière par le rapprochement* de l'angle à gauche. Le diamètre PsP mesure 7,8.

Le sacrum est très concave à sa partie inférieure.

Le malade à une vaginite granuleuse intense et un écoulement leucorrhéique très fétide, elle a une chute du rectum très accentuée.

La grossesse s'est accompagnée de nausées, vomissements et douleurs lombaires. DR : 1 au 4 juillet. M. Gueniot se décide à provoquer l'accouchement au cours du 7e mois. 28 Févr. retour de la malade.

4 mars. Sonde en gomme. Quelques douleurs. Expulsion de la sonde. *5 mars*. Col plus ouvert. A 11 h. du matin, ballon de Tarnier. A 1 h. les contractions débutent et pendant 7 heures on en compte 144, durant de 30 à 60 secondes, elles sont d'abord faibles, puis augmentent d'intensité et décroissent vers la fin de la dernière heure (8 h. soir). Le *6 mars*, M. Gueniot applique l'écarteur utérin de M. Tarnier, le col est court, largement ouvert. L'instrument placé à 9 h. 30 reste appliqué pendant deux heures, lorsqu'on le retire, la dilatation reste un peu plus grande qu'une pièce de 2 francs, les bords de l'orifice sont un peu rigides. C'est la tête qui est maintenant au détroit supérieur (c'était le siège au commencement). La malade a encore quelques contractions, puis elle repose un peu. Le 7, vers 1 h. du matin les contractions reprennent leur cours, à 10 h. 30, la dilatation est grande comme une paume de main, les bords de l'orifice sont peu souples. On atteint très haut le sommet accompagné d'une main, il se présente en gauche.

Intervention : Incisions sur le col par M. Gueniot, puis forceps. Incision latérale de la fourchette, manœuvre de Ritgen.

11 h. 10. 7 mars. Garçon vivant, 1350 gr. OF : 9. — OM : 11. — BP : 7,5. — SoB : 7,5.

Bosse séro-sanguine sur l'angle supérieur et postérieur pariétal droit.

Délivrance spontanée. Enfant mort quelques heures après sa naissance.

OBSERVATION No 63.

(Registres de la Maternité de Saint-Louis. Service de M. Bar).

M..., Adrienne, fleuriste, 32 ans. 5 nov. 1892.

Père mort d'une maladie de poitrine, mère vivante, bien portante.

Un frère fort et bien portant.

La malade a eu depuis sa première enfance une déformation de la jambe droite, elle ne commençait pas à marcher avant l'âge de 2 ans. A 3 ans, elle fut atteinte d'une maladie de la jambe droite qui l'obligeait de rester au lit pendant trois mois : elle ne peut autrement rendre compte de cette maladie. Depuis elle n'a jamais été malade :

Réglée depuis sa 16e année, toujours régulièrement, elle a eu 4 grossesses dont 3 se sont terminées avant terme : 1 à 3 mois, 2 à 8 mois. Les 2 enfants nés avant terme sont morts de méningite. 1 accouché à terme (4e grossesse) est vivant et bien portant.

Dernières règles : 4 mars. Nausées, vomissements.

Premières douleurs : 8 nov., 7 h. soir. Dilatation complète et rupture des membranes 9 h. 15 soir.

Accouchement spontané : OIGP : Garçon : bien portant : 2980 gr. 50 cent.

OF : 11,2. — OM : 13. — BP : 9. — BF : 7,5. — SoBr. : 9,2.

A l'examen externe on trouve la jambe droite dans un état plus atrophié que la jambe gauche. Le membre est raccourci de 6 cent. à peu près. Le sillon sous-fessier est plus bas à droite qu'à gauche. Quand elle marche, ce sillon devient plus marqué et tiré en haut de sa partie extérieure, elle boîte assez fort en marchant et elle appuie surtout sur ses doigts du pied.

Il y a scoliose marquée de la colonne vertébrale dorsale avec convexité à droite. Au toucher, on trouve le côté droit du bassin un peu aplati. L'angle du promontoire est accessible sans difficulté.

OBSERVATION N° 64.

Registres de la Clinique.

B... 25 ans, 30 sept. 1893. Primipare.

Bassin vicié modérément et généralement. Côté gauche plus aplati. PsP : 11 cent.

Face antérieure du sacrum accessible dans toute son étendue convexe inférieurement. Faux promontoire sacré. Promontoire très élevé.

Petite de taille. *Scoliose dorsale* (datant de l'enfance, 2 ans) à grande courbure à convexité tournée à droite, saillie marquée de la gouttière costo-vertébrale du même côté.

Légère scoliose à compensation à la région lombaire du côté gauche. Convexité interne des tibias. Cicatrices d'abcès à la face interne du tibia gauche, convexité externe du fémur, légère convexité externe du radius droit, plus marquée au radius gauche, face interne des cuisses n'arrivant pas au contact, léger degré de genu valgum, convexité antérieure du sternum, dents incisives écartées, striées longitudinalement et transversalement.

Dernières règles : 25 décembre au 2 janvier 93. Nausées au début, vomissements, bourdonnements d'oreilles. Premières douleurs 2 oct. à midi.

Rupture des membranes spontanée, 20 oct., 2 h. 30 soir.

Dilatation complète, 4 h. 30 soir.

Terminaison naturelle, 5 h. 20 soir. Sommet OIDP.

Durée du travail : 5 h. 20. Garçon, 2720 gr., 45 cent.

Délivrance naturelle.

CONCLUSIONS

1° La *Scoliose*, qui est le plus souvent d'origine rachitique, se joint au *Rachitisme* pour déformer le bassin.

Il en résulte : que le *bassin est rétréci* asymétriquement au détroit supérieur, symétriquement dans l'excavation, asymétriquement au détroit inférieur.

La Scoliose fait en effet : saillir le promontoire du côté de la convexité de la courbure lombaire (les autres cas ne sont que de très rares exceptions), écrase l'aileron sacré et l'empêche de se développer de ce côté.

Le membre inférieur du même côté déprime en dedans et en haut la partie supérieure de la cavité cotyloïde qui déforme le *détroit supérieur* en avant, et du côté gauche ordinairement (de par la situation plus fréquente de la scoliose lombaire à gauche).

Le diamètre antéro-postérieure du détroit supérieur est donc toujours diminué.

L'oblique gauche le plus souvent.

Dans *l'excavation*, le bassin n'est déformé que par le rachitisme.

Au détroit inférieur l'ischion du côté de la scoliose lombaire est déjeté en dehors et le diamètre oblique y aboutissant agrandi par rapport à l'autre.

2° Le *bassin cypho-scoliotique* semble plus favorable à l'accouchement, il tend à prendre la forme d'entonnoir.

3° On doit, chez les scoliotiques et cyphoscoliotiques, *examiner le bassin avec le plus grand soin* et réserver auparavant son pronostic même chez les femmes qui ne présentent, comme signe de rachitisme, que la déformation rachidienne.

4° *La grossesse peut être gravement entravée*, chez les scoliotiques et cyphoscoliotiques, par la compression des organes dans un tronc diminué de hauteur, et *surtout par les troubles circulatoires et respiratoires* qui en résultent.

5° L'*accouchement* peut être impossible à terme chez les scoliotiques : Il est souvent plus facile chez les cyphoscoliotiques.

6° Chez ces femmes, on ne doit pas préconiser l'expectation et repousser par conséquent l'opération césarienne et la symphyséotomie, l'*intervention obstétricale la plus simple est la meilleure, surtout chez les scoliotiques et cyphoscoliotiques.*

Orléans. — Imp. G. MORAND, rue Bannier, 47.

